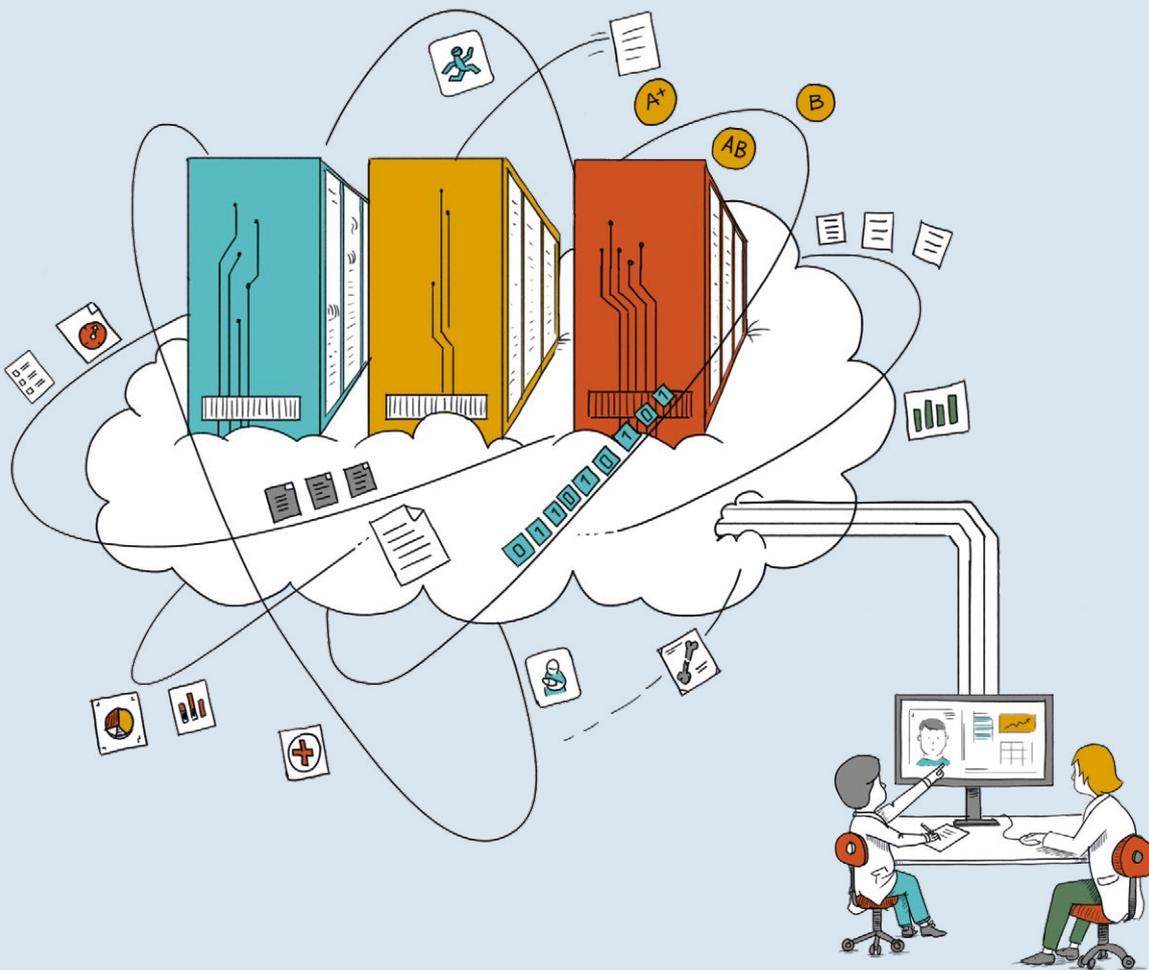


ersatzkasse magazin.

G20634



„Zulassungs- instrumente greifen nicht bei KI“

Informatiker und
Mediziner Prof. Dr.
Klaus Juffernbruch
im Interview

Antibiotika

Verordnen oder nicht
verordnen

Fairer-Kassen- wettbewerb- Gesetz

Weiterentwicklung
des Morbi-RSA

Digitalisierung und künstliche Intelligenz

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens nimmt langsam Fahrt auf. Jetzt müssen die Rahmenbedingungen angepasst werden, denn die neuen Technologien erfordern neue Instrumente, etwa beim Datenschutz und der Qualitätssicherung.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 270 Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten mit insgesamt rund 350 sowie mehr als 30 Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 0 30/2 69 31-0
Fax: 0 30/2 69 31-29 00
info@vdek.com
www.vdek.com
@vdek_Presse

Baden-Württemberg

Christophstraße 7
70178 Stuttgart
Tel.: 07 11/2 39 54-0
Fax: 07 11/2 39 54-16
lv-baden-wuerttemberg@vdek.com

Bayern

Arnulfstraße 201a
80634 München
Tel.: 0 89/55 25 51-0
Fax: 0 89/55 25 51-14
lv-bayern@vdek.com

Berlin/Brandenburg

Friedrichstraße 50-55
10117 Berlin
Tel.: 0 30/25 37 74-0
Fax: 0 30/25 37 74-26
lv-berlin.brandenburg@vdek.com

Bremen

Martinstraße 34
28195 Bremen
Tel.: 04 21/1 65 65-6
Fax: 04 21/1 65 65-99
lv-bremen@vdek.com

Hamburg

Sachsenstraße 6
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/41 32 98-0
Fax: 0 40/41 32 98-22
lv-hamburg@vdek.com

Hessen

Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt a. M.
Tel.: 0 69/96 21 68-0
Fax: 0 69/96 21 68-90
lv-hessen@vdek.com

Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-1 11
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com

Niedersachsen

Schillerstraße 32
30159 Hannover
Tel.: 05 11/3 03 97-0
Fax: 05 11/3 03 97-99
lv-niedersachsen@vdek.com

Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11/3 84 10-0
Fax: 02 11/3 84 10-20
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com

Geschäftsstelle

Westfalen-Lippe
Kampstraße 42
44137 Dortmund
Tel.: 02 31/9 17 71-0
Fax: 02 31/9 17 71-30
gs-westfalen-lippe@vdek.com

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22
55130 Mainz
Tel.: 0 61 31/9 82 55-0
Fax: 0 61 31/83 20 15
lv-rheinland-pfalz@vdek.com

Saarland

Heinrich-Böcking-Straße 6-8
66121 Saarbrücken
Tel.: 06 81/9 26 71-0
Fax: 06 81/9 26 71-19
lv-saarland@vdek.com

Sachsen

Glacisstraße 4
01099 Dresden
Tel.: 03 51/8 76 55-0
Fax: 03 51/8 76 55-43
lv-sachsen@vdek.com

Sachsen-Anhalt

Schleiufer 12
39104 Magdeburg
Tel.: 03 91/5 65 16-0
Fax: 03 91/5 65 16-30
lv-sachsen-anhalt@vdek.com

Schleswig-Holstein

Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel
Tel.: 04 31/9 74 41-0
Fax: 04 31/9 74 41-23
lv-schleswig-holstein@vdek.com

Thüringen

Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt
Tel.: 03 61/4 42 52-0
Fax: 03 61/4 42 52-28
lv-thueringen@vdek.com

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

gehen Sie mal in sich. Gehören Sie eher zu den Skeptikern digitaler Anwendungen oder gar der künstlichen Intelligenz (KI) oder eher zu denen, die darin die Lösung aller Probleme im Gesundheitswesen sehen? Zwischen diesen Polen bewegt sich derzeit die öffentliche Debatte. *ersatzkasse magazin.* befasst sich in dieser Ausgabe näher mit dem Thema. Wo stehen wir in Deutschland in Sachen KI? Wo liegen Potenziale und Risiken im Umgang mit den vielen Daten? Wie sieht es mit dem rechtlichen Rahmen aus? Für Lars Roemheld und Prof. Dr. Jörg F. Debatin vom health innovation hub (hih) des Bundesministeriums für Gesundheit geht das größte Risiko von überhöhten Erwartungen und Ängsten aus. Weder angsteinflößende Vorstellungen von einem menschenähnlichen Terminator helfen weiter, noch die Allzweckwaffe Dr. med. KI und damit verknüpfte diffuse Erwartungen an eine gänzlich neuzeitliche Medizin. KI braucht einen realistischen Blick, denn sie hat viel Potenzial. Ähnlich argumentiert auch Prof. Dr. Klaus Juffernbruch, Mediziner und Informatiker an der FOM Hochschule in Neuss, im Interview. Vieles muss noch geregelt werden, damit digitale Anwendungen und KI ihr Potenzial entfalten können.

Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) will den Digitalisierungsprozess jedenfalls vorantreiben. Im November 2019 wurde dazu das Digitale-Versorgung-Gesetz beschlossen. Im Mittelpunkt steht die Einführung von Apps in die Regelversorgung, geprüft durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Welche Kriterien hier für die Bewertung von Medizin-Apps herangezogen werden, ist noch unklar, eine Rechtsverordnung soll im Frühjahr 2020 kommen. Unklar ist auch, wie Versicherte überhaupt Zugriff auf die vom Arzt verordneten Apps erhalten

sollen. Per Kostenerstattung, über einen Freischaltcode? In Planung ist zudem ein zweites Digitalgesetz, welches vor allem ausführliche Regelungen zu der elektronischen Patientenakte (ePA) enthalten wird. Damit wird noch dieses Jahr gerechnet.

Eine große Herausforderung für Politik und Gesellschaft ist auch das Problem der Resistenzbildung bei Antibiotika. Der zum Teil sorglose und ungezielte Einsatz von Antibiotika in Medizin und Landwirtschaft sowie die weltweite Mobilität haben dazu geführt, dass sich multiresistente Keime immer mehr ausbreiten. Das Robert Koch-Institut (RKI) gibt einen Überblick über die Situation und zeigt auf, was gesamtgesellschaftlich zu tun ist. Das Innovationsfondsprojekt RESIST, unter Federführung des vdek, will deutlich machen, dass ein rationaler Einsatz von Antibiotika in Arztpraxen möglich und erfolgversprechend ist. Im März 2020 werden die Ergebnisse veröffentlicht.

Bleibt noch der Blick auf das Thema RSA-Reformgesetz. Das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz soll nun endlich im Februar 2020 im Bundestag verabschiedet werden. Hoffen wir, dass es bis dahin keine substanziellen politischen Ereignisse mehr zu melden gibt, die dieses für die Ersatzkassen so wichtige Gesetzesvorhaben in Frage stellen könnten. Aber – liebe Leserinnen und Leser – es geht auf Weihnachten zu. Und das Fest steht ja bekanntlich unter einem guten Stern.

In dem Sinne wünschen wir Ihnen ein schönes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr.

Ihre



Michaela Gottfried



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek



Inhalt

6. Ausgabe 2019

POLITIK

Beitragsentlastung für Betriebsrentner.....	6
vdek-Mitgliederversammlung.....	7
Aktuelle Gesetzesvorhaben	8
MDK-Reformgesetz.....	10
Weitere fünf Jahre Innovationsfonds	12
GKV-Finanzlage 2020	14
Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz	16
Einwurf: Endlich Reform des Morbi-RSA	19

AUS DEN KASSEN

TK-Innovationsreport	20
-----------------------------------	-----------

IM FOKUS ZUKUNFT DER ANTIBIOTIKAVERSORGUNG

Verordnen oder nicht verordnen	24
Innovationsfondsprojekt RESIST.....	28

TITEL DIGITALISIERUNG UND KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

Krönung des digitalisierten Gesundheitssystems	31
Interview mit Prof. Dr. Klaus Juffernbruch	34
Die Medizin-Apps kommen	38
Fachforum Gesundheit zu Robotik & Co	40
Gutachten der Datenethikkommission	42
Drei Fragen an Dr. Markus Leyck Dieken	43
Studie Future of Health 2019	44

VERMISCHTES

Für Sie gelesen: Bibliothek	45
Paragraf 175: Mehr Entschädigungsmöglichkeiten	48
Steckbrief: Dr. Markus Leyck Dieken	49
PS: Sternstunden	50

TITELTHEMA

Digitalisierung und künstliche Intelligenz

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens nimmt Fahrt auf. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz kommen Gesundheits-Apps in die Regelversorgung, die elektronische Patientenakte wird flächendeckend ausgebaut und Telemedizin soll die ärztliche Versorgung verbessern. Zudem drängen neue medizinische Möglichkeiten durch High-Tech-Anwendungen auf den Markt.



30

INTERVIEW

„Zulassungsinstrumente greifen nicht bei KI“

Künstliche Intelligenz hat das Potenzial, die medizinische Versorgung zu revolutionieren, doch sie erfordert auch neue Bewertungungsverfahren. Prof. Dr. Klaus Juffernbruch von der FOM Hochschule, Fachbereich Gesundheits- und Sozialmanagement, spricht im Interview mit *ersatzkasse magazin*. über die Herausforderungen, vor die die neuen Technologien das Gesundheitswesen stellen.

34



IM FOKUS

Zukunft der Antibiotikaversorgung

Der massive Einsatz von Antibiotika führt zu schwerwiegenden Resistenzen. Jährlich sterben in Deutschland etwa 2.400 Menschen an nosokomialen Infektionen mit multiresistenten Erregern. Um das Problem in den Griff zu bekommen, muss sich der Umgang mit Antibiotika grundlegend ändern. Zudem müssen neue Antibiotika und alternative Behandlungsmethoden entwickelt werden.

24





GKV-BRG

Beitragsentlastung für Betriebsrentner

Um die Diskussion über die vermeintliche Doppelverbeitragung von Betriebsrenten zu beenden, soll die Problematik mit dem Gesetzentwurf zum GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG) durch eine Freibetragsregelung ab 1. Januar 2020 gelöst werden.

Wird die bestehende Freigrenze von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (generelle Maßgabe für den Eintritt der Beitragspflicht von Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen) überschritten, ist von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Betriebsrenten ein Freibetrag in Höhe von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (2020 = 159,25 Euro) abzuziehen; dieser Freibetrag ist begrenzt auf den monatlichen Zahlbetrag der Betriebsrente. Die Freibetragsregelung für Betriebsrenten gilt nicht für sonstige Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen. Sie ist auch nicht für die Pflegeversicherung vorgesehen.

Beispiel: Betriebsrente = 300 Euro monatlich, weitere Versorgungsbezüge werden nicht bezogen.

Ergebnis: Die Betriebsrente ist um den Freibetrag von 159,25 Euro zu kürzen. Der beitragspflichtige Anteil beträgt 140,75 Euro. Gegenüber dem bisherigen Recht ergibt sich eine Beitragsersparnis von 22,10 Euro.

In der Pflegeversicherung ist der volle Zahlbetrag von 300 Euro weiterhin beitragspflichtig.

Auch wenn es einfach erscheint, diese gesetzliche Neuregelung in allen Facetten umzusetzen, bedarf es erheblicher Aufwände bei den Zahlstellen von Betriebsrenten und den Krankenkassen. Die Betroffenen werden um Verständnis gebeten, wenn die nach dem neuen Gesetz zu beanspruchende Beitragsentlastung sich noch nicht zum 1. Januar 2020 auf dem Konto niederschlägt, sondern erst im Laufe des Jahres 2020. Ob es im Gesetzgebungsverfahren noch weitere Änderungen gibt, bleibt abzuwarten. [↗ sie](#)

> Seite 8

POLICY BRIEF

Monopolkommission begrüßt GKV-FKG

Die Monopolkommission der Bundesregierung hat am 21. November 2019 ihren dritten Policy Brief vorgelegt. Darin befasst sie sich mit dem Regierungsentwurf des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) und dessen Auswirkungen auf die Entwicklung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Kommission kommt zu folgenden zentralen Ergebnissen:

Der Entwurf des GKV-FKG ist zu begrüßen und stärkt in mehreren Punkten die Wettbewerbsbedingungen in der GKV. Ein Wettbewerb um die beste Gesundheitsversorgung kann sich jedoch erst richtig entfalten, wenn im nächsten Schritt ein verbesserter gesetzlicher Rahmen für individuelle Leistungsangebote der Kassen geschaffen wird.

Kassen, die in die Gesundheit ihrer Versicherten investieren, werden dafür derzeit nicht äquivalent vergütet. In dem bestehenden Gesetzentwurf sollte noch ein Evaluationsauftrag zur Berücksichtigung der Neuerkrankungsrate im Risikostrukturausgleich aufgenommen werden.

Die Monopolkommission ist ein ständiges, unabhängiges Expertengremium, das die Bundesregierung und die gesetzgebenden Körperschaften auf den Gebieten der Wettbewerbspolitik, des Wettbewerbsrechts und der Regulierung berät. Zu ihren gesetzlichen festgelegten Aufgaben zählt unter anderem die Abgabe einer Stellungnahme im Ministererlaubnisverfahren gemäß §42 GWB. Sie besteht aus fünf Mitgliedern, die auf Vorschlag der Bundesregierung durch den Bundespräsidenten berufen werden. Vorsitzender der Monopolkommission ist Prof. Dr. Achim Wambach. [↗ pm](#)
www.monopolkommission.de

> Seiten 16 und 19

Einsicht des Monats

„Egal ob Filter oder E-Zigarette: nikotinhaltige Produkte sollten nicht beworben werden dürfen. Weder im Kino noch auf Plakaten.“

Die für das Thema zuständige Bundeslandwirtschaftsministerin Julia Klöckner (CDU) gegenüber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung zum parteiinternen Widerstand gegen ein generelles Werbeverbot.

GKV-FKG

Wettbewerbsverzerrungen verfestigen sich

Die Wettbewerbsverzerrungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verfestigen sich weiter. Dies geht aus den aktuellen Zahlen des RSA-Schlussausgleichs für das Jahr 2018 deutlich hervor. Es zeigt sich, dass ein Großteil der gesetzlichen Krankenkassen vom bestehenden Finanzausgleich der Krankenkassen, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), weiterhin massiv benachteiligt ist.

Anlässlich des ersten Durchgangs im Bundesrat am 29. November 2019 appellieren die Verbände der Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen deshalb noch einmal eindringlich an Bund und Länder, den Gesetzentwurf des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) im Hinblick auf die Morbi-RSA-Reform nicht noch einmal aufzuschnüren. Es handele sich um ein ausgewogenes Gesamtpaket, das dazu führen wird, den Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen gerechter zu gestalten. [↗ pm](#)

> Seiten 16 und 19

Die aktuelle Zahl

2,1

Millionen Euro kostet eine Behandlung mit dem Medikament Zolgensma, das als das teuerste Medikament der Welt gilt. Es wird bei Kleinkindern gegen Muskelschwund eingesetzt und ist derzeit noch nicht in Europa zugelassen. Aktuell erreicht eine zunehmende Zahl von hochpreisigen Arzneimitteln insbesondere neuartiger Therapien in verkürzten Zulassungsverfahren den Marktzugang.

HÜFT- UND KNIETPROTHESEN

EPRD legt Jahresbericht 2019 vor

Kliniken, die viele künstliche Hüft- und Kniegelenke implantieren, weisen tendenziell bessere Operationsergebnisse auf als Einrichtungen, die wenige Eingriffe durchführen. Weiteren Einfluss auf die erfolgreiche Verweildauer einer Prothese im Körper, die sogenannte Standzeit, haben die verwendeten Prothesenkomponenten und -materialien sowie die Patienten selbst. Zu diesen Schlussfolgerungen kommt der Jahresbericht 2019 des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC).

Um etwa 27 Prozent werden die Implantationen von Ersatzgelenken an der Hüfte in Deutschland bis zum Jahr 2040 gegenüber den Zahlen von 2010 steigen, so eine im letzten Jahr publizierte Studie.

Um eine bestmögliche Patientensicherheit bei der Versorgung mit Ersatzgelenken von Hüfte und Knie zu gewährleisten, wurde das EPRD ins Leben gerufen. Seit Ende 2012 können Kliniken die Daten der implantierten Prothesen und damit versorgten Patienten in dieses freiwillige Register eintragen. *pm*
www.eprd.de

VDEK-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Selbstverwaltung nicht schwächen



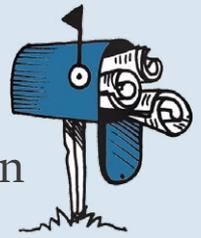
Foto: vdek/Tobias Kurfler

Uwe Klemens, ehrenamtlicher Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), hat auf der Mitgliederversammlung des vdek gesundheitspolitische Bilanz gezogen: „Die Bundesregierung hat eine Fülle von Gesetzen auf den Weg gebracht. Wir, die Versicherten- und Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen, unterstützen die Politik dann, wenn die Gesetze das Ziel haben, die Versorgung der Versicherten und Patienten zu verbessern, zum Beispiel durch schnellere Terminvergabe und kürzere Wartezeiten in Arztpraxen, durch Stärkung der Pflegequalität oder durch Modernisierung der Versorgung im Rahmen von Telemedizin oder der Einführung von Gesundheits-Apps in die Regelversorgung der Krankenkassen. Die rote Karte zeigen wir der Regierung aber dann, wenn sie die Rechte der Selbstverwaltung beschneiden möchte, wie es in der aktuellen Gesetzgebung, etwa im Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) und MDK-Reformgesetz, passiert. Wir wollen kein staatlich organisiertes Gesundheitswesen, wir wollen die Versorgung gestalten – versichertennah, qualitativ hochwertig und wirtschaftlich.“

Klemens unterstrich noch einmal die dringende Notwendigkeit einer Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Die jüngsten Zahlen des RSA-Schlussausgleichs 2018 belegten eindeutig, dass eine Reform des Finanzausgleichs seit Jahren überfällig ist. „Wir brauchen endlich wieder faire Wettbewerbsbedingungen, die die AOK nicht einseitig bevorzugen. Das GKV-FKG muss daher ohne weitere Abstriche kommen.“ *pm*

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Gesundheitsfonds

Zur Finanzierung von Gesetzesvorhaben will Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) dem Gesundheitsfonds in den nächsten fünf Jahren mehr als 5,2 Milliarden Euro entnehmen. (...) Damit verliert die Geldsammelstelle, aus der die gesetzlichen Krankenkassen ihre Zuweisungen erhalten, bis 2024 mehr als die Hälfte ihrer bisherigen Finanzreserve. (...) Das größte Loch in den Fonds reißt der versprochene Freibetrag für Betriebsrentner bei den Krankenkassenbeiträgen, den Spahn schon zum Jahreswechsel beschlossen haben will.

DER TAGESSPIEGEL, 28.11.2019

Lieferengpässe

Die Produktion essenzieller Medikamente konzentriert sich heute auf wenige Standorte; Staaten konkurrieren um die Ressource Arzneimittel. Da ist kontinuierlicher Nachschub schwierig. Wichtig ist, dass alle Beteiligten sehr früh erfahren, wenn ein Lieferengpass droht. In Deutschland finden seit 2016 vierteljährlich Treffen (Jours fixes) zwischen Bundesbehörden, Fachvertretern und der Industrie statt. Außerdem melden Hersteller vorhersehbare Lücken bei wichtigen Wirkstoffen. Die Beteiligten sind damit im Prinzip sehr zufrieden, und trotzdem gibt es noch böse Überraschungen.

DIE ZEIT, 28.11.2019

Medikamentenpreise

Hinter den USA ist Deutschland in einem internationalen Vergleich das Land mit den zweithöchsten Arzneimittelpreisen: So jedenfalls hat es jetzt der Gesundheitsdienstleister Medbelle ausgerechnet. Anhand eines Warenkorb mit 13 bekannten, überwiegend bereits generischen Wirkstoffen (zu jeweils einer anderen Indikation) wurde über 50 Länder hinweg die Abweichung zum durchschnittlichen Dosispreis ermittelt.

ÄRZTE ZEITUNG, 26.11.2019



G-BA

Bericht zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den zweiten Bericht zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren veröffentlicht. Die Unterlagen enthalten die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2018 zu elf Qualitätsindikatoren aus den Bereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie. Zudem hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) eine allgemeinverständliche Zusammenfassung des Berichts ergänzt. Demnach wurden 66 statistische Auffälligkeiten in diesen Bereichen an insgesamt 62 Standorten von Fachkommissionen und dem IQTIG als „unzureichende“ Qualität eingestuft. Im Vorjahr waren dies 73. Die Zusammenfassung enthält außerdem die den Berechnungen zugrundeliegenden Daten sowie die Ergebnisse der einzelnen Krankenhausstandorte nach der fachlichen Bewertung, ob eine zureichende oder unzureichende Qualität vorliegt. Insgesamt hat das IQTIG im Auftrag des G-BA die Daten von 1063 Krankenhausstandorten ausgewertet.

Für das zweite Verfahrensjahr übermitteln die Krankenhäuser bis Ende Februar 2019 die erforderlichen Daten des Jahres 2018 an das IQTIG. Wie bereits im Vorjahr wurden die Daten ausgewertet und die Ergebnisse den Krankenhäusern mitgeteilt. Bei statistisch auffälligen Ergebnissen wurde ein sogenanntes Datenvalidierungsverfahren sowie gegebenenfalls eine Neuberechnung der Bewertungsergebnisse durchgeführt. Sofern ein Krankenhaus statistisch auffällig blieb, erhielt es die Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen, bevor unter Einbindung der Fachkommissionen nach abschließender Bewertung durch das IQTIG im September 2019 eine Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen sowie an die Ersatzkassen erfolgte. www.g-ba.de

ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)

- Verschlingung des Verwaltungsrats beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) auf 40 Selbstverwalter der Kassen
- Implementierung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses mit Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen
- Präzisere Wettbewerbs-Verhaltensregeln
- Regelung zur Stärkung einer angemessenen Repräsentanz von Frauen in allen Steuerungsgremien des GKV-SV
- Neugestaltung des Haftungssystems der Krankenkassen
- Einführung einer Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich
- Einführung eines Risikopools
- Einführung eines Krankheitsvollmodells
- Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs

Kabinettsentwurf vom 9. Oktober 2019

Geplantes Inkrafttreten: Frühjahr 2020

> Seite 16

MDK-Reformgesetz

- Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sind zukünftig nicht mehr Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, sondern werden zu eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts und einheitlich als Medizinischer Dienst (MD) bezeichnet.
- Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird vom GKV-SV organisatorisch getrennt und zum 1. Juli 2021 zum MD Bund als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts.
- Die Amtszeit von Vertretern im MD-Verwaltungsrat darf zwei Amtsperioden nicht übertreten. Personen, die bereits mehr als

ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan haben, können nicht gewählt oder benannt werden.

- Bei der Aufstellung der Vorschlagslisten für die Wahl der Verwaltungsräte der Krankenkassen gilt zukünftig eine Geschlechterquote von 40 Prozent für Frauen und Männer.
- Der gesetzlich vorgeschriebene Vermögensabbau der Krankenkassen wird bereits ab dem 1. Januar 2020 wirksam.

Kabinettsfassung vom 17. Juli 2019

Inkrafttreten: 1. Januar 2020

> Seite 10

Digitale Versorgung-Gesetz (DVG)

- Zentraler Inhalt des Entwurfs ist ein Verfahren zur Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen (insbesondere Apps) in die Regelversorgung.
- Der Kreis der an die Telematikinfrastruktur (TI) angebundenen Leistungserbringer soll vergrößert werden. Apotheken müssen sich bis zum 31. September 2020 anschließen, Krankenhäuser bis zum 1. März 2021.
- Digitale Lösungen wie beispielsweise der elektronische Arztbrief oder das Telekonsil werden finanziell gefördert.
- Für digitale Versorgungsinnovationen dürfen die Krankenkassen ihre pseudonymisierten Daten verwenden.
- Krankenkassen können die Entwicklung von digitalen Innovationen fördern.
- Der Innovationsfonds wird um weitere fünf Jahre bis 2024 verlängert.
- Die Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen zu Forschungszwecken wird erweitert.

Kabinettsfassung vom 10. Juli 2019

Inkrafttreten: nach Verkündung bzw. in Teilen zum 1. Januar 2020

> Seite 38

Masernschutzgesetz

- Um Schul- und Kindergartenkinder wirksam gegen Masern zu schützen, soll eine Impfpflicht speziell für Masern eingeführt werden.
- Ein Verstoß gegen die neue Impfpflicht kann mit einem Bußgeld von bis zu 2.500 Euro belegt werden.
- Die Krankenkassen werden aufgefordert, ihre Versicherten über fällige Schutzimpfungen im Rahmen ihrer Leistungspflicht zu informieren.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) soll gestärkt werden, indem die Krankenkassen verpflichtet werden, die Gesundheitsämter an ihren Präventionsaktivitäten in den Lebenswelten zu beteiligen.
- Im Rahmen von regionalen Modellprojekten können Apotheker Erwachsene gegen Grippe impfen.
- Für schwer chronisch kranke Patienten wird die mehrfache Abgabe von Medikamenten auf eine Verschreibung ermöglicht.

Kabinettsfassung vom 17. Juli 2019
Geplantes Inkrafttreten: 1. März 2020

Reha-Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG)

- Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll erleichtert werden. Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation soll der Zugang nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen.
- Die Anbindung an die Grundlohnsumme für Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen wird ausgesetzt.
- Die Qualitätsanforderungen an die außerklinische Intensivpflege werden durch einheitliche Vorgaben deutlich erhöht.

- Die außerklinische Intensivpflege mit Beatmung in den eigenen vier Wänden soll für Erwachsene nur noch die absolute Ausnahme sein. Bis zum 18. Lebensjahr soll sie die Regel bleiben.
- In den Fällen, in denen die Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird, wird die Zuzahlung auf 280 Euro begrenzt.
- Krankenkassen können die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von intensivpflegebedürftigen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ganz oder teilweise als Satzungsleistung übernehmen.

Referentenentwurf vom 14. August 2019
Inkrafttreten: nach Verkündung

GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG)

- Mit der Einführung eines Freibetrags von 159,25 Euro zum 1. Januar 2020 sollen Betriebsrentner entlastet werden. Erst höhere Betriebsrenten werden mit dem bei der jeweiligen Krankenkasse geltenden Beitragssatz verbeitragt.
- Der Freibetrag ist an die sozialversicherungsrechtliche Bezugsgröße gekoppelt und verändert sich jährlich in etwa wie die durchschnittliche Lohnentwicklung.
- Für die Beiträge zur Pflegeversicherung gilt weiterhin die Freigrenze.
- 2020 werden die Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in vollem Umfang aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Um die Mindereinnahmen (1,2 Milliarden Euro) auch in den Folgejahren teilweise zu kompensieren, werden in den Jahren 2021 bis 2023 stufenweise abnehmende Beträge aus der Liquiditätsreserve entnommen.

Kabinettsentwurf vom 18. November 2019
Inkrafttreten: 1. Januar 2020

> Seite 6

Gesetz zur Reform der Psychotherapeuten-ausbildung

- Einführung eines neuen Studiengangs. Es gliedert sich in ein 3-jähriges Bachelor- und ein 2-jähriges Masterstudium und wird mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen. Die Approbation (Erlaubnis zur Behandlung) wird bei bestandener Prüfung erteilt.
- Im Anschluss an das Studium schließt sich eine dreijährige Weiterbildung an, um eine verfahrensspezifische und altersgruppenorientierte Spezialisierung zu erlangen. Bereits in dieser Phase können die Absolventen im Rahmen einer Anstellung Patienten behandeln und werden dafür vergütet.

Kabinettsentwurf vom 27. Februar 2019
Inkrafttreten: 1. Januar 2020

Medizinprodukte-Anpassungsgesetz-EU (MPAnpG-EU)

- Mit dem Gesetz werden die notwendigen gesetzgeberischen Schritte eingeleitet, die EU-Verordnungen zu Medizinprodukten und zu In-vitro-Diagnostika auch im Hinblick auf die dort enthaltenen Öffnungsklauseln und Regelungsaufträge im nationalen Recht gesetzlich zu gestalten.
- Die wesentlichste inhaltliche Neuerung ist die vorgesehene Kompetenzerweiterung des Bundes. Die zuständige Bundesoberbehörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), erhält zukünftig das Recht, verdächtige bzw. schadhafte oder schädliche Medizinprodukte vom Markt zu nehmen.

Kabinettsentwurf vom 6. November 2019
Inkrafttreten: 26. Mai 2020



MDK-REFORM

Loslösung von den Kranken- und Pflegekassen

Der Gesetzgeber hat nach vielen Debatten in den letzten Jahren über die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) von den Kranken- und Pflegekassen nach Ankündigung für einen transparenteren und unabhängigeren Medizinischen Dienst (MD) mit dem MDK-Reformgesetz ernst gemacht. Das Gesetz wurde Anfang November 2019 vom Bundestag verabschiedet und tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

/ Text / Friedhelm Langen

Der Gesetzgeber hat die Kranken- und Pflegekassen beauftragt, innerhalb der Solidargemeinschaft ausreichende medizinische und pflegerische Leistungen zu gewährleisten, so sie zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Demnach sind die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer, Häufigkeit oder Verlauf der Erkrankung erforderlich ist, den MDK zu beauftragen, eine medizinische oder pflegfachliche Begutachtung durchzuführen. Die Empfehlung des MDK ist Grundlage für die Leistungsentscheidung der Kranken- und Pflegekasse.

Die Grundlage zur Durchführung von Einzelfallbegutachtungen sind bundesweit einheitliche Richtlinien und Empfehlungen. Innerhalb dessen sind die Gutachter nur

ihrem medizinischen Wissen und Gewissen unterworfen und in ihrer gutachterlichen Entscheidung nicht weisungsgebunden. Der MDK wird durch eine Umlage finanziert, die sich auf die Gesamtleistung des MDK und nicht auf die Begutachtung im Einzelfall bezieht. Weiterhin sind die Aufgaben des Verwaltungsrates gesetzlich auf die Gesamtorganisation des MDK fixiert. Ein Eingriff in die Einzelfallbegutachtung ist auch hier ausgeschlossen.

Trotz dieser klaren gesetzlichen Regelungen für eine unabhängige medizinische und pflegerische Begutachtung bewegt sich der MDK in einem Spannungsfeld. Auf der einen Seite stehen die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen als Solidargemeinschaft und Träger der MDK mit klarem gesetzlichem Auftrag. Auf der anderen Seite stehen die Patienten und Pflegebedürftigen sowie Leistungserbringer. Sie sehen mit ihrer individuellen Wahrnehmung den MDK als Instanz, die Leistungsanträge empfehlen, aber auch ablehnen kann. Dieses Spannungsfeld löste in den letzten Jahren immer wieder politische Debatten über die Unabhängigkeit des MDK von den Kranken- und Pflegekassen in der Ausübung seiner Tätigkeit aus.

Gesetzgeber sieht Lösung in einer Organisationsreform

In der Konsequenz verfolgt der Gesetzgeber mit der MDK-Reform das Ziel, dass der MDK in Zukunft in der öffentlichen Wahrnehmung verstärkt als unabhängige Körperschaft wahrgenommen wird. Deshalb ging es dem Gesetzgeber weniger darum, die Aufgaben zu verändern, sondern vielmehr darum, den MDK organisatorisch von den Kranken- und Pflegekassen zu lösen. Die MDK werden zukünftig nicht mehr als Arbeitsgemeinschaften in Trägerschaft der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen organisiert, sondern gleichermaßen als Körperschaften des öffentlichen Rechts in jedem Bundesland umgewandelt und als Medizinische Dienste (MD) geführt. Dennoch erfolgt die Finanzierung weiterhin und ausschließlich durch die Kranken- und Pflegekassen.

Kern der Reform ist die Neugestaltung der Besetzung der Verwaltungsräte. Bisher war der Verwaltungsrat ausschließlich mit bis zu 16 Vertreterinnen und Vertretern der



Friedhelm Langen
Stabsstelle Unternehmensentwicklung beim vdek

Foto: vdk/Nicole Janke

Kern der Reform ist die Neugestaltung der Besetzung der Verwaltungsräte.

Kranken- und Pflegekassen (bis 25 Prozent Hauptamtliche) besetzt. Zukünftig wird der Verwaltungsrat aus 16 stimmberechtigten Vertretern der Kranken- und Pflegekassen, je zur Hälfte Frauen und Männer und maximal für zwei Legislaturperioden, durch Wahl der Verwaltungsräte der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bestehen. Beschäftigte der Krankenkassen oder ihrer Verbände sowie Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, deren Verbände oder eines anderen MD innehaben, dürfen nicht mehr gewählt werden. Das schließt Ämter bei gesetzlichen Renten- und Unfallversicherungen mit ein.

Änderungen beim Verwaltungsrat

Neu ist auch, dass zukünftig neben den Vertretern der Kassen noch weitere fünf stimmberechtigte Vertreter und zwei nicht stimmberechtigte Berufsvertreter durch Benennung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes in den Verwaltungsrat kommen. Die Benennung der weiteren stimmberechtigten Vertreter erfolgt auf Vorschlag der Verbände und Organisationen der Patienten/Pflegebedürftigen/Behinderten und des Verbraucherschutzes. Die zwei nicht stimmberechtigten Berufsvertreter werden jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Organisationen und der Landesärztekammer benannt. Hier stellt sich die Frage, ob die Aufsichtsbehörden im Gegensatz zu den Vertretern der Kranken- und Pflegekassen hauptamtliche Vertreter zulassen werden.

Darüber hinaus wird der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund e.V. (MDS) vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) losgelöst und in die Trägerschaft aller MD als Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) übergehen. Der Verwaltungsrat des MD Bund soll sich entsprechend der Besetzung in den MD zusammensetzen und durch die Verwaltungsräte der MD gewählt werden. Der MD Bund koordiniert und fördert, wie bisher der MDS, die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MD in medizinischen und organisatorischen Fragen und trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung. Außerdem berät der MD Bund den GKV-SV in allen medizinischen Fragen.

Darüber hinaus erlässt der MD Bund zukünftig, anstatt wie bisher der GKV-SV, Richtlinien für die Tätigkeit der MD nach dem Sozialgesetzbuch. Dabei hat der MD Bund die Stellungnahmen betroffener Organisationen in die Entscheidung mit einzubeziehen. Die Richtlinien bedürfen stets der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Weiterhin können sich Mitarbeiter und Versicherte bei Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, vertraulich an eine bestellte Ombudsperson wenden. Die Ombudsperson berichtet in anonymisierter Form dem jeweiligen Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde jährlich und bei gegebenem Anlass.

Die Umwandlung und der Übergang aller Rechte und Pflichten erfolgen mit Genehmigung und Veröffentlichung der neuen Satzungen durch die jeweilige Aufsichtsbehörde bis zum 30. Juni 2021 bzw. für den MD Bund bis

zum 31. Dezember 2021. Ob die bevorstehenden organisatorischen Veränderungen tatsächlich zu der gewünschten öffentlichen Wahrnehmung des MD als unabhängiger Gutachterdienst führen, bleibt abzuwarten. Denn auch in Zukunft werden die Medizinischen Dienste empfehlen, Leistungen zu befürworten oder abzulehnen. ■





SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Weitere fünf Jahre Förderung durch den Innovationsfonds

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) legte 2015 den Grundstein für den Innovationsfonds mit einer Laufzeit von zunächst vier Jahren. Seit 2016 fördert der Innovationsfonds mit 300 Millionen Euro jährlich sektorenübergreifende Versorgungsprojekte und die Versorgungsforschung. Ziel ist die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nun wurde der Fonds mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) um fünf Jahre verlängert.

/Text/ Eike-Christian Müller

A

m 16. Oktober 2019 hat der Innovationsausschuss mit der letzten Förderentscheidung zu Projekten der neuen Versorgungsformen die ersten vier Jahre des Innovationsfonds abgeschlossen. Im Zuge der

Entscheidung wurden nochmals 31 innovative Projekte ausgewählt. Somit wurden von 2016 bis 2019 insgesamt 150 Projekte zu den neuen Versorgungsformen gefördert. Das Gesamtfördervolumen für diese ausgewählten Projekte liegt dabei bei über 750 Millionen Euro. Die Förderung der Versorgungsforschung erfolgte durch die Auswahl von insgesamt 230 Projekten mit einem Gesamtvolumen von über 270 Millionen Euro.

In den ersten vier Jahren konnten sich die Ersatzkassen und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) an einer großen Zahl der geförderten Projekte beteiligen. Dies gilt sowohl für die Versorgungsforschung, als auch für die neuen Versorgungsformen. Hier sind die Ersatzkassen und der vdek an 14 Projekten als Konsortialführer (Projektleitung) beteiligt. Darüber hinaus sind die Ersatzkassen an über 60 weiteren Projekten als Partner beteiligt.

Erste Ergebnisse aus den geförderten Versorgungsprojekten sind frühestens Anfang 2020 zu erwarten, da aufgrund der mehrjährigen Laufzeit das Ende der Projekte noch

aussteht. Auch ohne Ergebnisse hat sich der Gesetzgeber jedoch entschlossen, den Innovationsfonds über das Jahr 2019 weiterzuführen.

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) verlängert die Förderung durch den Innovationsfonds bis zum 31. Dezember 2024. Während der fünfjährigen Laufzeit stehen jährlich 200 Millionen Euro zur Verfügung, welche wiederum zur Förderung von neuen Versorgungsformen und zur Förderung der Versorgungsforschung verwendet werden sollen. Innovative Ideen werden sich zukünftig zudem Änderungen im Ablauf des Verfahrens stellen müssen. Das DVG führt regelhaft ein zweistufiges Förderverfahren ein. Das bedeutet, dass Ideen zuerst auf Basis einer Skizze ausgewählt werden, dann eine Förderung für die weitere Antragerstellung erhalten und abschließend erst hiernach bewertet werden. Dabei dürfen von diesen Projekten in der Regel nicht mehr als 20 Projektanträge bewilligt werden.

Neben den dargestellten Neuregelungen werden durch das DVG zudem ein Konsultationsverfahren zur Themenfindung, sowie ein Expertenpool, der die Aufgaben des bisherigen Expertenbeirates übernimmt, geschaffen. Durch beide Maßnahmen soll sowohl bei der Themenfindung, als auch bei der Antragsbewertung eine breitere Fachöffentlichkeit eingebunden werden.



Eike-Christian Müller
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Foto: privat

Ausgewählte Innovationsfondsprojekte der Ersatzkassen

2016

RESIST – Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegserkrankungen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) gemeinsam mit Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse

Im Rahmen des Modellprojekts RESIST werden Ärzte und Patienten für das Thema Antibiotikaresistenzen sensibilisiert und zu einem noch verantwortungsvolleren Umgang mit Antibiotika bei akuten Atemwegsinfekten motiviert. Ein zentraler Ansatzpunkt ist die Arzt-Patienten-Kommunikation und ganz konkret die Förderung der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

2017

SaarPHIR – Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft

BARMER gemeinsam mit TK, DAK-Gesundheit und weiteren Partnern

Das Projekt SaarPHIR möchte die ärztliche Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen verbessern. Hierfür unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland ihre niedergelassenen Ärzte in der Bildung regionaler Versorgungsteams. Haus- und Fachärzte bündeln ihre Ressourcen und ermöglichen so den Pflegeheimen eine beständige

Verfügbarkeit und Erreichbarkeit. Die Saarländische Pflegegesellschaft unterstützt Pflegeeinrichtungen darin, dass besonders geschulte Pflegekräfte als Ansprechpartner für die Ärzte zur Verfügung stehen.

pAVK-TeGeCoach – Periphere arterielle Verschlusskrankheit: Gesundheitscoaching und telemetrisch unterstütztes Gehtraining zur Steigerung der Lebensqualität

KKH gemeinsam mit TK und weiteren Partnern

In Deutschland weisen derzeit 4,5 Millionen Erwachsene eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) auf. Die Erkrankung wirkt sich gravierend auf die Gesundheit und Lebensqualität aus. 75 Prozent der Betroffenen sterben an den Folgen. Ziel des Projektes ist es, das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten, die Gehbeeinträchtigung zu verbessern, Amputationen zu vermeiden und Krankenhausaufenthalte und damit Versorgungskosten zu reduzieren.

2018

ReKo – Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort

DAK-Gesundheit gemeinsam mit weiteren Partnern

Ziel des Projekts ReKo ist es, ein regionales Pflegekompetenzzentrum zu schaffen, das diesem Versorgungsproblem insbesondere im ländlichen Raum entgegenwirkt. Die

spezialisierte Beratung, Betreuung und stationäre sowie ambulante Versorgung pflegebedürftiger betagter Menschen soll hier in einem Case-Management-Ansatz vereint und koordiniert werden. Dafür sollen auch bislang unausgelastete Krankenhausressourcen genutzt und auf neue Aufgaben zugeschnitten werden.

2019

Drei für Eins

TK gemeinsam mit DAK-Gesundheit und weiteren Partnern

Ziel des Projektes ist die frühzeitige Förderung der gesunden Entwicklung und Bildungsteilhabe von Kindern und Jugendlichen mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf durch sektorenübergreifende, aufsuchende Behandlung und Förderung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik gemeinsam mit den Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) und der Kinder- und Jugendhilfe (JH) in Hamburg.

Der Innovationsausschuss erhält durch das DVG außerdem eine neue Aufgabe. Zukünftig soll dieser innerhalb von drei Monaten zu den Ergebnissen der abgeschlossenen Förderprojekte Empfehlungen für die Überführung in die Regelversorgung beschließen. Für die neuen Versorgungsformen ist die Abgabe einer solchen Empfehlung verpflichtend.

Die nächsten fünf Jahre des Innovationsfonds werden von der Projektförderung, den

Projektergebnissen und den ausgesprochenen Empfehlungen begleitet. Das ermöglicht eine abschließende Bewertung des Innovationsfonds. Fest steht, die Ersatzkassen werden sich auch weiterhin am Innovationsfonds beteiligen und die neuen Abläufe und Verfahren aktiv begleiten, damit das Ziel des Innovationsfonds, die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV, erreicht wird. ■



FINANZLAGE 2020

Wettbewerbsdruck in der GKV verschärft sich

Jahr für Jahr tritt der GKV-Schätzerkreis mit Vertretern von Bundesgesundheitsministerium (BMG), Bundesversicherungsamt (BVA) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) im Oktober zusammen und schätzt die voraussichtliche Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der GKV ein. Auf dieser Basis wird dann auch der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitragssatz gemäß § 242a SGB V für das Folgejahr als statistische Orientierungsgröße durch das BMG amtlich bekannt gegeben. Die Ausgangslage 2020: Der Kostendruck in der GKV steigt insbesondere durch die zahlreichen gesetzlichen Maßnahmen deutlich – der kalkulatorische GKV-durchschnittliche Zusatzbeitragssatz könnte um 0,2 Prozentpunkte steigen.

/Text/ **Manfred Baumann**

Die Zuweisungen 2020 an die Krankenkassen werden auf 240.243 Millionen Euro geschätzt. Dies ergibt sich aus den geschätzten Beitragseinnahmen und den sonstigen Einnahmen in der GKV. Außerdem ist

eine einmalige Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 225 Millionen Euro gemäß Kabinettsentwurf des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) berücksichtigt. Die Einnamenschätzung ist zwischen allen Parteien konsentiert, hiervon allein hängt die Höhe des GKV-Zuweisungsvolumens ab.

Bei der Ausgabenschätzung bestehen demgegenüber deutlich differente Erwartungen bezüglich der allgemeinen Ausgabendynamik und der Finanzwirkungen der zahlreichen Gesetze und Gesetzesvorhaben. Die Erwartung des BMG liegt 1,8 Milliarden niedriger als die der GKV-Experten.

Am 28. Oktober 2019 hat das BMG den GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz entsprechend seiner Ausgabenerwartung 2020 mit 1,1 Prozent amtlich bekannt gegeben.

Größere Beitragssatzunterschiede durch Vermögensabbau

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) wurde 2018 eine neue verbindliche Obergrenze für die nicht für laufende Ausgaben benötigten Mittel der Krankenkassen erlassen. Die Grenze liegt nun bei einer Monatsausgabe (§ 260 Abs. 2 S. 1 SGB V) und Kassen, die diesen Betrag überschreiten, dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht erhöhen (§ 242 Abs. 1 SGB V). Im Haushaltsjahr 2017 überschritten rund 55 Prozent der Träger der GKV diese Grenze. Allein durch diese in Kraft getretene gesetzliche Vorgabe aus dem GKV-VEG werden die Vermögen der betreffenden Krankenkassen voraussichtlich bereits 2020 erheblich reduziert. Sie würden automatisch in etwa halbiert, wenn die



Manfred Baumann
Abteilungsleiter Finanzen/
Versicherung beim vdek

Foto: vdek/Georg J. Lopata

GKV-Schätzung

Es wird für 2020 ein Ausgabenvolumen der Krankenkassen von 258,6 Milliarden Euro (+5,1 Prozent im Volumen gegenüber dem Vorjahr) geschätzt. Aus Zuweisungen und Ausgaben resultiert eine GKV-weite Unterfinanzierung der Krankenkassen in Höhe von -18,4 Milliarden Euro. Diese Mittel sind über Zusatzbeiträge der Kassen aufzubringen. Der durchschnittliche GKV-Zusatzbeitragssatz würde sich unter den getroffenen Annahmen rechnerisch auf 1,2 Prozent belaufen. Er wäre also gegenüber 2019, als ihn das BMG mit 0,9 Prozent festgelegt hatte, um 0,3 Prozentpunkte anzuheben.

BMG-Schätzung

Es wird für 2020 ein Ausgabenvolumen von 256,8 Milliarden Euro (+4,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr) geschätzt. Hieraus resultiert eine GKV-weite Unterfinanzierung der Krankenkassen in Höhe von -16,6 Milliarden Euro. Diese Mittel sind über Zusatzbeiträge der Kassen aufzubringen. Der durchschnittliche GKV-Zusatzbeitragssatz würde sich nach den aus unserer Sicht zu optimistischen Annahmen rechnerisch auf 1,1 Prozent belaufen. Der Zusatzbeitragssatz wäre also gegenüber 2019 um 0,2 Prozentpunkte anzuheben.

Ausgaben dieser Kassen wie im Durchschnitt um ca. fünf Prozent gegenüber dem Vorjahr ansteigen sollten.

Eine darüber noch hinausgehende Regelung zum Vermögensabbau war zunächst mit dem Kabinettsentwurf des GKV-FKG vorgesehen (§ 260 Abs. 2a SGB V), da das RSA-Reform-Paket (politisches Junktim zwischen RSA-Reform und Vermögensabbau im GKV-VEG) noch 2019 als Kabinettsentwurf beschlossen worden ist. Inzwischen ist diese Regelung aber in das MDK-Reformgesetz verschoben und auch schon mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beschlossen worden. Um über

drei Jahre jährlich mindestens ein Drittel des Vermögens oberhalb der Grenze von einer Monatsausgabe abzubauen, ist ggf. auch der Zusatzbeitragssatz zu reduzieren. Nach dieser Frist ist abgesehen von Ausnahmeregelungen der dann noch übersteigende Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen (§ 260 Abs. 4 SGB V). Das heißt, dass eine Reihe von Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz laut Gesetz senken muss, um die Vorgabe der Abschmelzung um jährlich mindestens ein Drittel der Rücklagen zu erfüllen.

Da gleichzeitig jene Kassen mit niedrigeren Rücklagen ihre Zusatzbeitragssätze wegen der Kostendynamik ab 2020 nach oben anpassen werden müssen, dürfte es eine weitere Vergrößerung der Beitragsatzunterschiede geben. Damit wird der ungleichgewichtige Wettbewerbsdruck auf die Krankenkassen durch die Fehlsteuerungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) noch weiter verstärkt.

Verstärkte Mitgliederfluktuation

Das MDK-Reformgesetz, das in Kürze in Kraft tritt, enthält eine Vorschrift in § 175 Abs. 4 SGB V, die die Mindestbindungsfrist der Mitglieder an ihre Kasse von heute 18 Monaten auf 12 Monate absenkt. Damit erhält ein Mitglied bereits nach 12 Monaten ein Wahlrecht, die Kasse zu wechseln. So will das BMG den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen „fördern“, indem Mitglieder auch ohne Änderung des Zusatzbeitragssatzes (hier gilt schon immer ein Sonderkündigungsrecht) schneller zwischen Krankenkassen wechseln können.

RSA-Reform greift erst 2021

Dies alles zusammengenommen verstärkt den Wettbewerbsdruck in der GKV enorm. Das lange erwartete RSA-Reformpaket, das mit dem sich noch im parlamentarischen Beratungsprozess befindlichen GKV-FKG umgesetzt werden soll, kann aber frühestens ab 2021 greifen und entsprechende Finanzwirkungen entfalten. Insofern entsteht gerade im nächsten Jahr für eine Reihe von Krankenkassen eine besonders schwierige Finanz- und Wettbewerbslage. ■

Die Erwartung des BMG liegt 1,8 Milliarden niedriger als die der GKV-Experten.



GKV-FKG

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Das Bundeskabinett hat am 9. Oktober 2019 den Gesetzentwurf für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verabschiedet. Ursprünglich hieß es Gesetz für eine faire Kassenwahl in der GKV. Die Abkürzung GKV-FKG konnte trotz Namensänderung beibehalten werden. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung den Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterentwickeln und Organisationsstrukturen im GKV-Spitzenverband (GKV-SV) reformieren. Angesichts der Verwerfungen im Morbi-RSA ist dieses Gesetz zwingend notwendig, um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zukünftig fairer und manipulations-sicherer auszugestalten.

/ Text / Jörg Meyers-Middendorf

Die ursprünglich vorgesehene bundesweite Öffnung der regional abgegrenzten AOK ist im Kabinettsentwurf nicht mehr enthalten. Die damit einhergehende bundesweit einheitliche Aufsicht beim Bundesversicherungsamt (BVA) kommt dementsprechend nicht zustande. Damit fehlen weiterhin konsequente Regelungen für eine einheitliche Aufsicht der Kassen. Die Bundesregierung hat hier dem Druck der Länder nachgegeben, die durch den Verlust ihrer Aufsichtskompetenzen Einschränkungen in der Versorgung durch die regionalen Krankenkassen sahen. Damit blenden die Länder vollkommen aus, dass sich auch die bundesweit organisierten Krankenkassen im Rahmen der

gemeinsamen einheitlichen Verträge genauso an der regionalen Versorgung beteiligen wie regionale Krankenkassen. Die Versorgung vor Ort wäre mit einer Veränderung des Aufsichtshandelns nicht verbunden gewesen. Der Gesetzgeber will jetzt mit einem zweimaligen verpflichtenden Meinungsaustausch der Aufsichtsbehörden und einer Beschlussfassung (Verzicht auf Einstimmigkeitsprinzip) die Rolle des BVA bei den Aufsichtsbehörden tagungen stärken. Ob dies die vielfach beklagten Probleme einer unterschiedlichen Aufsichtspraxis auf Bundes- und Landesebene löst, ist allerdings nach wie vor fraglich.

Außerdem verzichtet der Gesetzgeber darauf, die ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung im Verwaltungsrat des GKV-SV durch hauptamtliche Vorstände zu ersetzen. Allerdings wird deren Anzahl an Sitzen von heute 52 auf künftig höchstens 40 verringert. Auf den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat müssen sich mindestens 40 Prozent Frauen und 40 Prozent Männer befinden. Für die Entscheidungsfindung bei operativen Versorgungsfragen wird dem GKV-SV ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) an die Seite gestellt, in dem von jeder Kassenart je zwei Personen aus dem hauptamtlichen Vorstand einer zugehörigen Kasse Platz nehmen. Ein Sitz muss von einer Frau, der andere von einem Mann eingenommen werden. Steht keine weibliche Vorstandsperson für die Aufgabe zur Verfügung, bleibt der Platz unbesetzt. Somit wird die Selbstverwaltung im GKV-SV weiterhin im Verwaltungsrat die zentrale und entscheidende Rolle spielen. Die Verkürzung auf höchstens 40 Sitze ist sachlich nachvollziehbar und erzwingt, die Kräfteverhältnisse im Verwaltungsrat neu auszutarieren. Die bestmögliche Anpassung der Sitz- und Stimmverteilungen an die Versichertenzahlen der Mitglieds-kassen und damit der Marktanteile ist im Verwaltungsrat des GKV-SV mit den im Gesetz vorgesehenen Kriterien nur mit 52 Sitzen zu gewährleisten.

Der neu zu schaffende LKA wird die Arbeit in den Gremien des GKV-SV zusätzlich erschweren. Die Vorschrift, dass bei versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes des GKV-SV diese der Zustimmung des LKA bedürfen, ist de facto eine Einschränkung der operativen Entscheidungsbefugnis

des von der Selbstverwaltung gewählten Vorstandes. Da dem LKA nur die hauptamtlichen Vorstände der Mitgliedskassen angehören sollen, diese aber in Konflikt zu ihren wettbewerblichen Einzelinteressen geraten können, sind im weiteren Entscheidungsprozess erhebliche Verzögerungen und Blockaden nicht ausgeschlossen. Sollte der Verwaltungsrat bei seinen Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung die Vorgaben/Leitplanken für das operative Handeln des Vorstandes setzen, so kann der LKA aufgrund des Zustimmungsvorbehaltes diese auch blockieren. Wenn eine höhere Mitwirkung der Mitgliedskassen gewährleistet werden soll, so ist dies sicherlich auch in einem LKA auf Basis von Entscheidungen mit Empfehlungscharakter möglich. Gut wäre es zudem, wenn das Gremium durch einen weiteren zusätzlichen Vertreter erweitert werden würde. Nur dann kann sichergestellt werden, dass die Mitwirkungen der einzelnen Kassen und die Entscheidungsprozesse für die optimale Versorgung der Versicherten nutzbar werden.

Eine Reform der Zuweisungssystematik im Morbi-RA ist angesichts der jüngsten Ergebnisse des RSA-Schlussausgleichs nachweisbar dringend geboten (vgl. Grafik). Das vorgesehene Gesamtpaket des GKV-FKG zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA würde die bisherige Zuweisungssystematik korrigieren. Dieses Paket darf daher nicht aufgeschürt werden, damit zukünftig der Kassenwettbewerb wieder fairer gestaltet werden kann.

Wesentliche Maßnahmen des Gesamtpakets

1. Einführung eines Regionalfaktors: Externe Faktoren berücksichtigen

Mit der Einführung eines Regionalfaktors werden externe Faktoren mit einbezogen, welche die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede statistisch erklären. Angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte und Krankenhausbettenzahl werden nicht in den Ausgleich einbezogen. Damit sollen Wettbewerbsverzerrungen abgebaut und es soll Marktkonzentrationsprozessen vorgebeugt werden, die sich laut Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats in einigen Bundesländern

abzeichnen. Diese externen Faktoren berücksichtigt der Morbi-RSA in seiner aktuellen Ausgestaltung nicht. Das führt dazu, dass Krankenkassen, die vornehmlich in Regionen mit vergleichsweise geringem Ausgabenniveau tätig sind, im Wettbewerb bevorteilt werden.

2. Streichung der Erwerbsminderungsgruppen sowie der zugehörigen Zuschläge: Ungleichbehandlung wird aufgehoben

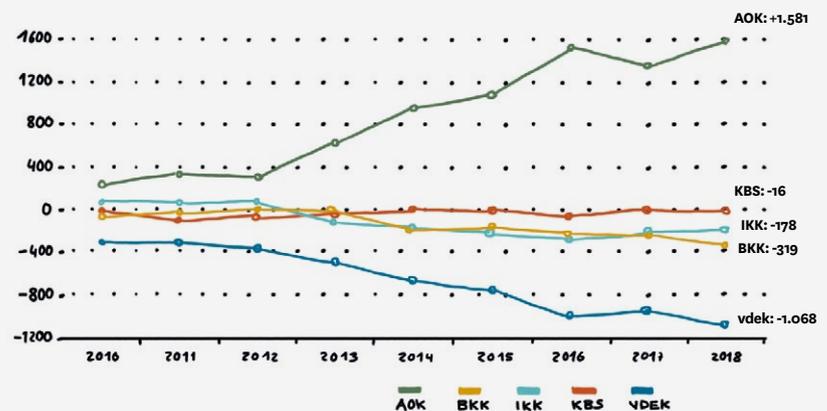
Die Hilfsvariable des Erwerbsminderungsstatus eines Versicherten ist durch die Einführung eines Risikostrukturausgleichs mit direktem Morbiditätsbezug überflüssig geworden. Für Rentnerinnen und Rentner, Nichterwerbstätige und Selbstständige können die Krankenkassen per se keinen derartigen Zuschlag erhalten, auch wenn identische Diagnosen bzw. ein identischer Schweregrad der Erkrankung vorliegen, wie bei den Personen mit Erwerbsminderung. Damit kommt es durch einen rentenrechtlichen Status zu einer erheblichen Ungleichbehandlung, die mit der Streichung des Kriteriums beseitigt würde. Eine Verschlechterung der Versorgung der Erwerbsgeminderten ist mit der Streichung nicht verbunden.



Der neu zu schaffende LKA wird die Arbeit in den Gremien des GKV-SV zusätzlich erschweren.

Deckungsbeiträge berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben

im Zeitverlauf, je Kassenart, in Millionen Euro



Quelle: RSA-Zuweisungen bis 2018 gem. BVA-Schlussausgleich; Leistungsausgaben nach 9995 aus KJ1; inkl. DMP; ohne Verwaltungskosten und Satzungs- und Ermessensleistungen; ohne mitgliederbezogene Veränderungsrate.



Mit dem vorgesehenen Risikopool können insbesondere Unterdeckungen für hochpreisige und teure Therapien und Behandlungen abgebaut werden.



Dr. Jörg Meyers-Middendorf
Abteilungsleiter Politik/
Selbstverwaltung beim vdek



3. Einführung eines Risikopools: Bessere Finanzierung teurer Therapien und Behandlungen

Mit dem vorgesehenen Risikopool können insbesondere Unterdeckungen für hochpreisige und teure Therapien und Behandlungen abgebaut werden. Die Zuweisungen über den Morbi-RSA bleiben hier bislang trotz zahlreicher Anpassungen am Modell teilweise erheblich hinter den tatsächlichen Leistungsausgaben zurück. Durch den Schwellenwert bleiben Anreize für wirtschaftliches Verhalten bestehen. Die Zuweisungen über den Morbi-RSA werden also mit der Einführung eines Risikopools zielgenauer, Anreize zur Risiko-selektion gegen besonders teure Versicherte werden reduziert.

4. Einführung eines Krankheitsvollmodells: nur mit Manipulationsbremse vertretbar

Die Einführung eines Krankheitsvollmodells ist nur dann vertretbar, wenn die Einnahmoptimierung durch Diagnosebeeinflussung ausgeschlossen werden kann. Der Gesetzgeber will verhindern, dass einzelne Krankenkassen Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung insbesondere in Bezug auf die neu hinzukommenden Krankheiten ergreifen, um sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Die vorgesehene Manipulationsbremse ist daher zwingend umzusetzen. Mit der Manipulationsbremse sollen Manipulationsanreize gedämpft und eine zusätzliche Unsicherheit bezüglich der Profitabilität von Kodieraktivitäten geschaffen werden. Sollten nach dem vorgegebenen Verfahren die ausgewiesenen Steigerungsraten bei den sogenannten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) Kodieroptimierung belegen, werden diese HMG aus dem Klassifikationsmodell für das betreffende Ausgleichsjahr herausgenommen, und damit auch spezielle Zuschläge für diese. Da das gesamte Zuweisungsvolumen im Vorfeld durch das BVA festgelegt wurde, ändert sich dann lediglich die Verteilung der Zuweisung im Rahmen des Jahresausgleiches. Zu einem Ausschluss kommt es nicht, wenn es medizinische Gründe für den überdurchschnittlichen Anstieg bei der HMG gibt. Die Manipulationsbremse setzt die gesetzgeberischen Aktivitäten gegen die Kodieroptimierung im Morbi-RSA konsequent fort. Krankenkassen sollen ihre Ressourcen nicht in die Optimierung der RSA-Zuweisungen, sondern in die Versorgung ihrer Versicherten investieren.

5. Einführung einer Präventionskomponente: Präventionsmaßnahmen belohnen

Mit einer Präventionskomponente sollen Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen belohnt werden. Das setzt über die Ausgestaltung des Morbi-RSA Anreize, in die Gesundheit der Versicherten zu investieren.

6. Arzneimittelrabatte werden zielgenau in die Zuschlagsberechnung einbezogen

Zukünftig sollen die Arzneimittelrabatte versichertenindividuell für das RSA-Verfahren gemeldet und in die Zuschlagsberechnung einbezogen werden. Durch diese differenziertere Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte ist gegenüber den heutigen Verfahren eine zielgenauere Abbildung der tatsächlich auf die Versicherten angefallenen Ausgaben möglich. In der Folge steigt die Zielgenauigkeit des gesamten Verfahrens.

7. Optimierung der RSA-Prüfverfahren

Das bisherige RSA-Prüfverfahren durch das BVA soll vereinfacht werden. Damit erhält das BVA mehr Spielraum zur Gestaltung der verschiedenen Prüffelder; die Diagnoseprüfung nach § 273 SGBV wird außerdem stringenter gefasst. Sollten in dem § 273-Prüfverfahren Kassen auffällig werden, gilt zukünftig eine Beweislastumkehr. Das BVA ist dann nicht mehr auf die Einforderung und Belieferung mit Informationen, über die nur die betroffenen Kassen verfügen, angewiesen, um Rechtsverstöße nachzuweisen. Sondern die auffällig gewordenen Kassen müssen die Richtigkeit der Daten nachweisen. Damit würden die bisherigen Probleme der rechtssicheren Ahndung bei festgestellten Datenmanipulationen beseitigt.

Da die Zuweisungsverwerfungen im Morbi-RSA immer noch nicht faire Wettbewerbsbedingungen unter den Krankenkassen zulassen, darf das Gesamtpaket zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA im GKV-FKG nicht aufgeschnürt werden. Die aufsichtsrechtlichen Vorschriften sollten im Sinne einer stärkeren einheitlichen Praxis noch stringenter gefasst, die organisationsrechtlichen Vorschriften im GKV-SV ohne Einschränkung der Selbstverwaltung und unter Berücksichtigung einer stärkeren operativen Einbindung der Einzelkassen praktikabler gestaltet werden. ■

EINWURF

Reformgesetz zum Morbi-RSA endlich auf der Zielgeraden

Im Februar 2020 soll das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz in 2./3. Lesung verabschiedet werden. Gut, aber das Aufsichtsthema bleibt auf der To-do-Liste.

/Text/ Ulrike Elsner

Als Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) im Frühjahr den Referentenentwurf für ein Faire-Kassenwahl-Gesetz vorstellte, war die Überraschung groß. Der Gesetzesentwurf enthielt nicht nur Regelungen zur Reform des Finanzausgleichs, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), sondern auch organisationsrechtliche Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Die Öffnung der landesbezogenen AOK für alle Versicherten einhergehend mit einer einheitlichen Aufsicht für alle Krankenkassen. In Zukunft sollte das Bundesversicherungsamt nicht nur über die bundesunmittelbaren Krankenkassen wie die Ersatzkassen wachen, das heißt, Versorgungsverträge oder Haushalte der Krankenkassen prüfen und genehmigen oder Wettbewerbsverstöße abwenden, sondern auch über die landesweit tätigen Krankenkassen, wie die AOK. Für diese sind bisher die Länder zuständig. Im Ergebnis hätte dies gleiche Rechtsauslegung für alle bedeutet.

Die Verknüpfung von finanzwirksamen und organisationsrechtlichen Regelungen war richtig. Denn nicht nur der Morbi-RSA verzerrt den Wettbewerb der Krankenkassen, weil er das Geld aus dem Gesundheitsfonds unfair verteilt. Die AOK erhalten zu viel, Ersatzkassen, Betriebs- und

Innungskrankenkassen zu wenig Geld für die Versorgung ihrer Versicherten. Wenn sich regional aufgestellte Kassen dem bundesweiten Wettbewerb und einer bundesweiten Aufsicht bewusst entziehen – sie könnten sich auch heute schon bundesweit öffnen, wenn sie nur wollten – und Wettbewerbsvorteile dadurch generieren, dass sie sich ihre Aufsicht aussuchen, dann ist das kein fairer Wettbewerb, sondern Rosinenpickerei.

Es kam anders. Auf Druck der Länder wurden die Öffnung der AOK und damit die einheitliche Aufsicht aus dem Gesetz gestrichen. Es heißt nun Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG). Weitere Abstriche darf es jetzt nicht mehr geben. So sieht es auch die Monopolkommission. Spahns Gesetz sei gut, aber unvollständig. Gut, weil es geeignete Maßnahmen enthält, Fehlanreize im Morbi-RSA zu unterbinden. Das gilt sowohl für die Einführung einer Regionalkomponente und eines Risikopools als auch für die Regelungen zur Verhinderung von Manipulationsanfälligkeit. Unvollständig, weil keine einheitliche Aufsicht über die Kassen eingeführt wird.

Wenn das GKV-FKG im Februar 2020 verabschiedet wird, ist zwar ein wichtiger Schritt getan, das Thema einheitliche Aufsicht muss aber auf der Agenda bleiben. Wettbewerbsunterschiede durch verschiedene Aufsichten müssen beseitigt werden. Nach der Reform ist vor der Reform. ■



Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns!
Schreiben Sie uns, was Sie
von der Nachjustierung beim
GKV-FKG halten.*

redaktion@vdek.com



INNOVATIONSREPORT 2019

Durchwachsende Bilanz

Zum siebten Mal in Folge beleuchtet der Innovationsreport neu in den Markt gekommene Medikamente. Und in diesem Jahr zeigt sich wieder: Neu bedeutet mit Blick auf die Patientenversorgung nicht immer besser. Auch unter Kostengesichtspunkten bleiben die neuen Arzneimittel eine erhebliche Herausforderung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

/ Text / Dorothee Meusch, Goentje-Gesine Schoch, Tim Steimle



Elf Präparaten fehlt der Zusatznutzen, sie sind nicht besser als das, was schon auf dem Markt ist.

Die Bilanz fällt durchwachsen aus: Zwar liegt der Anteil der Arzneimittel mit einer grünen Gesamtampel bei 22 Prozent und damit geringfügig über der Rate des Vorjahres (19 Prozent). Aber auch der Anteil

der Arzneimittel mit einer roten Gesamtbewertung hat sich im Vergleich zum Vorjahr fast verdoppelt. Das Team um die Herausgeber Prof. Dr. Gerd Glaeske von der Universität Bremen und Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorstandsvorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, hat 23 neue Arzneimittel nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin untersucht und mit Blick auf verfügbare Therapien, Kosten und patientenrelevanter (Zusatz-)Nutzen bewertet, wobei Letzteres das größte Gewicht im Scoring erhält. Ergänzt werden die Bewertungen durch Routinedaten der Techniker Krankenkasse (TK), was Einblicke in das reale Versorgungsgeschehen erlaubt.

Mit 14 Arzneimitteln bekamen über 60 Prozent der bewerteten Arzneimittel eine rote Ampel, sind also in der Gesamtbewertung durchgefallen. Mehr als jedem fünften Wirkstoff wurde sogar in allen drei Teilkategorien eine rote Ampel attestiert. Insgesamt elf Präparaten fehlt der Zusatznutzen: Sie sind also nicht besser als das, was heute schon auf dem Markt ist.

Problem Arzneimittelsicherheit

Der erfreuliche Teil der Bilanz ist, dass fünf Medikamente eine grüne Ampel im Gesamtscore erhalten haben, vier von ihnen auch für den Teilaspekt des Zusatznutzens. Diese Präparate stellen echte therapeutische und patientenrelevante Innovationen dar – und dies unter anderem bei schweren Erkrankungen wie zum Beispiel Tumoren im Knochenmark oder einer bestimmten Form der chronischen Herzinsuffizienz. Für die Patienten in Deutschland wäre zu wünschen, dass sich das Verhältnis von roten zu grünen Ampeln in Zukunft nachhaltig umkehrt.

Die pharmazeutischen Unternehmer bringen immer mehr spezialisierte Arzneimittel und Medikamente für besonders seltene Erkrankungen auf den deutschen Markt. Das geht einher mit einer oftmals sehr dünnen Datenlage. Ein Wirkstoff gegen Lungenkrebs ist zum Beispiel nur an etwas mehr als 400 Patienten getestet worden. Für die Arzneimittelsicherheit in der realen Versorgung ist dies ein Problem, weil sich tiefere Kenntnisse über unerwünschte Wirkungen so nicht gewinnen lassen. Und es unterstreicht, dass es auch eines Monitorings nach Markteintritt bedarf. Der Innovationsreport zeigt eindrucksvoll, dass erhebliche Gefahren für die Patienten bestehen können: Für vier der untersuchten Medikamente sind insgesamt sechs Rote-Hand-Briefe verschickt worden, mit denen pharmazeutische Unternehmen in Absprache mit den Bundesoberbehörden heilberufliche Fachkreise über Risiken informieren.

Ein weiterer Befund des Reports, der aufhorchen lässt: Sechs der mit einer roten Gesamtempel bewerteten Wirkstoffe haben Eingang in Leitlinien und Therapieempfehlungen gefunden – also Präparate, die in den Kategorien verfügbare Therapien, Zusatznutzen und Kosten nicht überzeugen konnten. Hier stellt sich die für die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung relevante Frage, wie es um die Unabhängigkeit und Neutralität bei der Erstellung solcher Empfehlungen bestellt ist. Cui bono?

Kosten steigen weiter

Neu heißt nicht zwangsläufig besser – aber meistens teurer. Das zeigt auch der aktuelle Innovationsreport. Der Umsatz der 2016 neu in den Markt gebrachten Medikamente belief sich im Folgejahr auf 167 Millionen Euro und damit rund vier Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben der TK. Nur ein einziges Präparat hat eine grüne Kostenampel. Der durchschnittliche Packungspreis der untersuchten Medikamente beträgt fast 1.300 Euro und damit rund 25 Prozent mehr als im Vorjahr. Wenige Präparate treiben die Ausgaben in die Höhe, und ein Ende der rasanten Steigerungsraten ist nicht in Sicht – eine Herausforderung für die künftige Arzneimittelpolitik.

Sonderkapitel Impfen

Das jüngst vom Bundestag verabschiedete Gesetz zur Masern-Impfpflicht hat ein wichtiges politisches Schlaglicht auf die Bedeutung des Themas Impfen geworfen – schützt eine Immunisierung doch nicht nur die Person selbst, sondern auch andere Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden können. Herdenimmunität als Gemeinschaftsschutz lautet das Stichwort. Ein weiterer Grund, dem Thema Impfen ein Sonderkapitel im Innovationsreport zu widmen: Erstmals ist im Report ein Impfstoff bewertet worden. Der HPV-Impfstoff bekam eine grüne Gesamt-Ampel. Damit bescheinigten ihm die Wissenschaftler einen echten Zusatznutzen.

Für den Report wurden die Impfquoten der 2016 neugeborenen TK-Versicherten im Hinblick auf die 13 von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen analysiert. Das Ergebnis: 47 Prozent der Kleinkinder haben alle Impfungen erhalten, aber etwa die Hälfte der Kleinkinder ist nicht vollständig geimpft. Das heißt, dass ihnen eine oder mehrere Teilimpfungen fehlen. Die gute Nachricht: Nur ein sehr geringer Anteil von weniger als vier Prozent ist gar nicht geimpft. Die Zahlen zeigen: Es gibt Bedarf, aber zugleich auch große Chancen für Verbesserungen. Denn die Eltern der teilgeimpften Kinder sind offenkundig keine absoluten Impfgegner, sondern die fehlende Vollständigkeit scheint andere Ursachen zu haben – und sei es nur, dass die weiteren Impfungen im Alltag „untergegangen“ sind.

Hier können Aufklärung, zusätzliche Informationen und eine stärkere Sensibilisierung der Eltern – auch durch neue digitale Möglichkeiten – viel bewirken, zumal sich vergessene oder aus anderen Gründen unterbliebene Impfungen in der Regel problemlos nachholen lassen und man nicht von vorn beginnen muss. Damit die Krankenkassen die „Impf-Vergesser“ direkt ansprechen dürfen, bedarf es allerdings noch einer Änderung der aktuellen rechtlichen Vorgaben. Dies wäre ein lohnenswertes Unterfangen für einen breitflächigen Schutz vor vermeidbaren Infektionen. ■



Foto: TK

Dorothee Meusch
Beauftragte für interdisziplinäre Zukunftsfragen der Patientenversorgung bei der TK



Foto: TK

Dr. Goentje-Gesine Schoch
Teamleiterin Arzneimittel-Verordnungssteuerung bei der TK



Foto: TK

Tim Steimle
Leiter des Fachbereichs Arzneimittel bei der TK



TK

Online-Kurs hilft Krebskranken

In Deutschland erkranken jährlich mehr als 470.000 Menschen an Krebs. Für Betroffene stellt eine Krebserkrankung eine hohe Belastung dar und geht mit vielen offenen Fragen einher: Was bedeutet die Erkrankung für mich? Welche Therapiemöglichkeiten gibt es? Wie spreche ich über meine Erkrankung?

Unterstützung in dieser schwierigen Lebenssituation gibt jetzt der neue Online-Kurs

„Leben mit Krebs“, den die Techniker Krankenkasse (TK) in Kooperation mit Prof. Dr. Volker Heinemann, Direktor des Krebszentrums CCC-München, und Prof. Dr. Martin Halle, Ärztlicher Direktor des Zentrums für Prävention und Sportmedizin am Klinikum der Technischen Universität München, entwickelt hat. Das digitale Angebot unterstützt Betroffene mit Informationen und praktischen Übungen, die den Alltag mit einer Krebserkrankung erleichtern können. Der Online-Kurs steht auch Erkrankten offen, die nicht bei der TK versichert sind.

Die Kurse richten sich vor allem an Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs, denn diese gehören zu den in Deutschland am häufigsten diagnostizierten Krebsarten. Auf sie entfallen rund 40 Prozent aller Krebsneuerkrankungen. Der Online-Kurs informiert Betroffene in neun Kapiteln über die Entstehung, Diagnose und Stadien der Erkrankung. Zudem enthält er auch Informationen zu Therapiewegen, Symptomen und Nebenwirkungen. Oft geht Krebs mit starker Müdigkeit, Schlafstörungen oder Bewegungseinschränkungen einher. Der Kurs hilft daher, begleitende Beschwerden zu erkennen und zu mindern.

Zudem werden sowohl die physische als auch die mentale Gesundheit angesprochen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten Informationen zur positiven Wirkung von Sport- und Bewegungstherapien sowie Hinweise zu gesunder Ernährung, um das eigene Wohlbefinden zu stärken. *pm*

www.tk.de

BARMER

Pflegemarkt steht vor Umbruch



Foto: Hunor Kristo/Adobe Stock

Auf dem deutschen Pflegemarkt gibt es immer häufiger betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften. Diese Wohnformen waren im Vergleich zum Pflegeheim allein im Jahr 2018 um knapp 400 Millionen Euro teurer, ohne dass es einen gesicherten Nachweis der Pflegequalität gäbe. Das geht aus dem BARMER-Pflegereport 2019 hervor. Aktuell leben in diesen Einrichtungen bereits 181.000 Pflegebedürftige, 150.000 davon in betreutem Wohnen. „Immer mehr Menschen entscheiden sich als Alternative zum Pflegeheim für betreutes Wohnen oder Pflege-Wohngemeinschaften. Diese Wohnformen sind für die Bewohner und Betreiber zwar finanziell attraktiv, unterliegen aber keinem Qualitätssicherungsverfahren, wie die Heime. „Daher müssen nun zeitnah Qualitätsmaßstäbe für neue Wohn- und Pflegeformen entwickelt werden“, so Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Außerdem müssten die Bundesländer schnell für transparente Übersichten über die Angebote vor Ort und deren Qualität sorgen.

Aktuell existierten bundesweit bis zu 8.000 betreute Wohnanlagen und 4.000 Pflege-Wohngemeinschaften. Etwa jede dritte dieser Anlagen sei in den letzten zehn Jahren entstanden. Allein im Jahr 2018 seien weitere 340 Anlagen des betreuten Wohnens mit 10.000 Pflegeplätzen in Bau oder zumindest in Planung gewesen. „Wer sich für betreutes Wohnen oder eine Wohngemeinschaft entscheidet, sucht vor allem mehr Lebensqualität im Vergleich zu einem Heim. Doch dabei darf die Qualität der Pflege nicht auf der Strecke bleiben“, so Straub. *pm*

www.barmer.de

DAK-GESUNDHEIT

Depressiven Kindern droht Versorgungslücke

Fast acht Prozent aller depressiven Kinder zwischen zehn und 17 Jahren kommen innerhalb eines Jahres ins Krankenhaus, durchschnittlich für 39 Tage. Nach der Entlassung fehlt oft eine passende ambulante Nachsorge. Folge: Fast jedes vierte dieser Kinder wird innerhalb von zwei Jahren mehrfach stationär behandelt. Das zeigt der aktuelle Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit mit dem Schwerpunkt „Ängste und Depressionen bei Schulkindern“. Basis für die repräsentative Studie sind Abrechnungsdaten der Jahre 2016 und 2017 von rund 800.000 minderjährigen DAK-Versicherten. Laut Auswertung durch die Universität Bielefeld hat die Zahl der Klinikeinweisungen wegen Depressionen in diesem Zeitraum um fünf Prozent zugenommen. Ferner zeigen die Daten, dass chronische Krankheiten das Risiko für eine Depression deutlich erhöhen.

„Wir haben offenkundige Versorgungslücken nach der Krankenhausentlassung, die wir dringend schließen müssen“, sagt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. „Eine Rehospitalisierungsquote von 24 Prozent ist alarmierend.“ Die Krankenkasse startet deshalb das neue integrierte Versorgungsangebot „veo“, das depressiven Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren für drei Jahre eine vernetzte ambulante Nachsorge und Versorgung ermöglicht. Laut Report zeigt jedes vierte Schulkind psychische Auffälligkeiten. Zwei Prozent leiden an einer diagnostizierten Depression, ebenso viele unter Angststörungen. Hochgerechnet sind insgesamt etwa 238.000 Kinder in Deutschland im Alter von zehn bis 17 Jahren so stark betroffen, dass sie einen Arzt aufsuchen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Depressionshäufigkeit 2017 um fünf Prozent gestiegen. *pm*

www.dak.de

TK

E-Rezept in Apothekensoftware integriert

Die Techniker Krankenkasse (TK) geht beim elektronischen Rezept (E-Rezept) den nächsten Schritt: Durch eine Kooperation mit NOVENTI können Apotheken, die die entsprechende Software verwenden, ab 2020 bundesweit das E-Rezept abrufen. Diese Apotheken, nach Angaben des Unternehmens bundesweit etwa 30 Prozent, brauchen für die digitalen Verordnungen künftig also keine spezielle Software.

Die Zusammenarbeit ist der nächste Baustein bei der Entwicklung eines ganzheitlichen Fernbehandlungsprozesses, den die TK vorantreibt. „Mit NOVENTI haben wir einen starken Partner an der Seite, um die Digitalisierung im Apothekenbereich voranzutreiben und weitere Erfahrungen zu sammeln“, sagt Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK. „Der Raum für Innovationen ist in diesem Bereich noch groß. Für unsere Kunden wird ihre Etablierung mit spürbaren Verbesserungen der Versorgung verbunden sein. Aber auch die Apotheken profitieren von deutlich effizienteren Abläufen.“

Dr. Hermann Sommer, Vorstandsvorsitzender der NOVENTI Health SE, ergänzt: „Durch die Integration des E-Rezepts in die Apothekensysteme wird das Handling für den Apotheker vor Ort deutlich einfacher und fügt sich nahtlos in den täglichen Apothekenbetrieb ein. Wir tragen über unsere breite Marktabdeckung gerne dazu bei, das Pilotprojekt mit großen Schritten voranzubringen. Für uns ist die Zusammenarbeit mit der TK, die sehr frühzeitig den Einstieg in das Thema E-Rezept gewählt hat, ein wesentlicher Baustein, um gemeinsam die für den Patienten beste Lösung zu erreichen.“ *pm*

www.tk.de

BARMER

Ausgabensprung bei Physiotherapie und Co



Foto: Photographica.eu/Adobe Stock

Die Ausgaben für Heilmittel wie Physiotherapie oder Ergotherapie sind im Jahr 2018 sprunghaft gestiegen. Sie kletterten bei der BARMER um 14 Prozent gegenüber dem Vorjahr nach oben, was Mehrausgaben von 120 Millionen Euro entspricht. Insgesamt wendete die BARMER im Jahr 2018 für Heilmittel 976 Millionen Euro auf. Für Hilfsmittel, etwa Rollstühle oder Prothesen, fielen Kosten von 1,12 Milliarden Euro an. Das waren Mehrausgaben von rund 68 Millionen Euro bzw. ein Plus von 6,5 Prozent. Dies geht aus dem Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER hervor. „Die Ausgabenzuwächse bei den Heilmitteln sind beachtlich. Sie sind eine direkte Folge vor allem des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes. Ob das damit verbundene politische Ziel, die Therapeutenberufe attraktiver zu machen, erreicht wird, muss sich aber erst noch zeigen“, so Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Wichtig sei, dass die Mehrausgaben auch tatsächlich bei den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zu höheren Löhnen führten.

Laut Report ist die Physiotherapie der mit Abstand größte Kostenblock unter den Heilmitteln. Am häufigsten soll sie die Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates unterstützen. Sie verursachte 73,5 Prozent der Ausgaben für Heilmittel. Noch dominanter ist ihr Anteil mit knapp 86 Prozent bei den Rezepten. Weit ab folgen die Ergotherapie mit 6,7 Prozent, die Logopädie mit 4,3 Prozent und die Podologie mit 3,2 Prozent. *pm*

www.barmer.de

KKH

Weihnachtstress setzt Jüngere unter Druck

Besinnlich und gemütlich? Von wegen! In der Vorweihnachtszeit steigt vor allem bei jüngeren Menschen der Stresspegel. Stimmungskiller Nummer eins ist der Andrang in Innenstädten, auf Weihnachtsmärkten und in den Geschäften: Laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse sind mehr als 60 Prozent der 18- bis 29-Jährigen von den Menschenmassen genervt. Die Älteren sehen das vergleichsweise gelassener: Nur knapp 40 Prozent der 50- bis 70-Jährigen lassen sich von dem Gedränge aus der Ruhe bringen.

Auf Platz zwei der vorweihnachtlichen Stress-Skala steht bei den Jüngeren ganz klar die Sorge, rechtzeitig die passenden Geschenke zu finden. Fast jeder Zweite fühlt sich deshalb unter Druck gesetzt, gefolgt von der Flut an Weihnachtswünschen, die über WhatsApp und soziale Netzwerke geteilt werden (29 Prozent) sowie der Erwartungshaltung an ein perfektes Fest (28 Prozent). Die 50- bis 70-Jährigen sehen auch das deutlich entspannter: Von ihnen macht sich nur rund jeder Sechste Gedanken um die richtigen Präsente und die vielen Wünsche über soziale Netzwerke. Und nur jeden Siebten setzt die Vorstellung von einem perfekten Fest unter Druck.

Damit sich der Weihnachtsstress in Grenzen hält, rät die KKH, Strategien aus dem beruflichen Zeitmanagement anzuwenden und aufzuschreiben, was wann erledigt werden muss, wie lange dies jeweils dauert und wer die einzelnen Aufgaben übernehmen kann. Um Kraft zu tanken, helfen Spaziergänge an der frischen Luft und Sport. Die KKH empfiehlt, einen Gang herunterzuschalten – auch digital! Niemand ist verpflichtet, beim weihnachtlichen Konsumstress mitzumachen. *pm*

www.kkh.de



ANTIBIOTIKA

Verordnen oder nicht verordnen

Antibiotika gehören zu den bedeutendsten Entwicklungen der Medizingeschichte. Spätestens in den 1940er Jahren läuteten sie die erfolgreiche Bekämpfung bakterieller Erkrankungen ein. Heute werden Antibiotika in vielen Bereichen eingesetzt, von der Humanmedizin bis zur Landwirtschaft. Doch diese breitgefächerte Anwendung führt gleichzeitig zur Entwicklung von teilweise schwerwiegenden Antibiotikaresistenzen. Hier muss dringend gegengesteuert werden.

/Text/ Lothar H. Wieler und Esther-Maria Antao

Als der berühmte Arzt und Bakteriologe Robert Koch 1876 das erste Mal nachgewiesen hat, dass ein Bakterium eine Krankheit verursacht, waren Antibiotika unbekannt. Kein Wunder, denn damals ahnten die

Menschen noch nicht, was hinter einer Infektionskrankheit steckt. Erst nachdem Koch entdeckt hatte, dass Infektionskrankheiten durch winzige Erreger ausgelöst werden – in dem Fall die Krankheit Milzbrand durch das Bakterium *Bacillus anthracis* –, war es möglich, sich Gedanken über Präventions- und Behandlungsansätze zu machen. Und es sollte noch weitere 50 Jahre dauern, bis der deutsche Mediziner Paul Ehrlich und der schottische Bakteriologe Alexander Fleming das antibiotische Zeitalter begründen konnten.

1928 entdeckte Fleming durch Zufall Penicillin in seinem Labor, ein antibiotisch wirksames Stoffwechselprodukt verschiedener Pilzarten. In den 1940er Jahren wurde Penicillin zum Standardmedikament – und zum Wundermittel im Zweiten Weltkrieg. Der systematische Ansatz von Ehrlich, der Salvarsan (eine organische Arsenverbindung) als

Mittel gegen den Syphiliserreger entdeckt hat, wurde die Grundlage für die Entwicklung der Sulfonamide und anderer Wirkstoffklassen. Somit begann die goldene Ära der Antibiotika: Die Lebensqualität des einzelnen Menschen wurde deutlich besser, Todesfälle durch Infektionskrankheiten sanken und die Gefahr, dass man wegen einer kleinen Hautverletzung stirbt, war nur noch gering.

Einsatz und Verbrauch

Antibiotika werden heute vielfach eingesetzt: in der Human- und Veterinärmedizin, in der Landwirtschaft, auf Obstplantagen und sogar in Aquakulturen. All diese Bereiche tragen erheblich zum Antibiotikaverbrauch bei. In der Humanmedizin sind in erster Linie Hausärzte und Internisten, Zahnärzte, Intensivmediziner und Chirurgen für die Verordnung von Antibiotika verantwortlich. Die Wirkstoffe werden im sowohl ambulanten als auch stationären Bereich eingesetzt – und das nicht nur zu therapeutischen Zwecken, sondern beispielsweise auch vorsorglich bei Operationen, als sogenannte perioperative prophylaktische Maßnahme. In der Veterinärmedizin werden Antibiotika zur Therapie, in der Landwirtschaft in größeren Tierbeständen häufig auch metaphylaktisch angewendet: Wenn eine Infektionskrankheit bei einem einzelnen Tier auftritt, werden andere Tiere in dem Bestand behandelt, auch wenn sie noch keine Symptome zeigen.



Seit rund 80 Jahren sind Antibiotika unverzichtbar, die moderne Medizin wäre ohne sie gar nicht mehr vorstellbar. Und trotzdem stehen wir heute vor einer der größten globalen gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit.

Das Problem der Resistenzen

Das Phänomen der Antibiotikaresistenzen ist uralte. Es gehört zum Wesen von Bakterien, Mechanismen zu entwickeln, mit denen sie sich gegen ein Antibiotikum zur Wehr setzen können. Unterschieden wird zwischen einer natürlichen Resistenz und einer erworbenen Resistenz. Im ersten Fall ist das Bakterium natürlicherweise resistent gegen einen Wirkstoff. Im zweiten Fall wird die Resistenz erst erworben – durch eine Mutation im Erbgut oder die Aufnahme eines fremden Resistenzgens. Schon 1945 warnte Fleming, dass es ein Leichtes sei, Bakterien resistent gegen Antibiotika zu machen – besonders wenn man unwissend eine zu geringe Dosis des Antibiotikums einnimmt, mit der man die Bakterien nicht vollständig abtöten kann. Dieser Gefahr waren wir uns also schon immer bewusst: Jeder Einsatz von Antibiotika fördert die Selektion von resistenten Erregern – sorgt also dafür, dass die resistenten Bakterien überleben und sich weiter vermehren. Und genau hier liegt das Problem.

In den vergangenen 80 Jahren wurden Antibiotika sowohl in der Humanmedizin als auch in der Tiermedizin nicht immer zielgerichtet angewendet, im Gegenteil. In vielen Ländern kann man nach wie vor Antibiotika ohne Rezept kaufen. In Europa gehört Deutschland zu den Ländern, in denen vergleichsweise weniger Antibiotika verschrieben werden. Trotzdem gelingt es anderen Ländern, noch weniger Antibiotika zu verschreiben.

In Deutschland werden die Mittel zu oft bei leichten oder nicht-bakteriellen Infektionen im ambulanten Bereich eingesetzt. Weiterhin werden häufig Breitspektrumantibiotika statt Schmalspektrumantibiotika angewendet. Im stationären Bereich wird die perioperative Prophylaxe oft zu lange gegeben. In der Landwirtschaft wurden Antibiotika den Tieren sogar als Leistungsförderer verabreicht. In der Europäischen Union (EU) wurde das 2006 verboten, in Ländern wie China oder

den USA war dies bis vor zwei Jahren noch üblich. Solche Entscheidungen und Verschreibungsverhalten von Ärzten und Tierärzten sowie die Annahme von Patienten, dass Antibiotika gezielt alle Arten von Krankheitserregern abtöten, beschleunigten die Entstehung und Ausbreitung von Resistenzen.

Wie Bakterien sind auch die Resistenzen überall zu finden. Sie kennen keine Grenzen. Eine Übertragung von Bakterien und deren genetischen

Informationen für Antibiotikaresistenzen findet überall dort statt, wo Bakterien leben: im Boden, im Wasser, in der Tierwelt und im Menschen. Dieses holistische Verständnis wird im sogenannten One-Health-Konzept verfolgt, das die Gesundheit der Menschen mit der Gesundheit von Tieren und einer gesunden Umwelt eng verbunden sieht. Mehr als 60 Prozent der bekannten Infektionserreger können zwischen Mensch und Tier übertragen werden. Steigende Mobilität, internationaler Handel, vermehrtes Reisen sowie die Betreuung konventionell gehaltener lebensmittelliefernder Tiere fördern die Übertragung von Krankheitserregern und Resistenzen.

Der ungezielten Anwendung oder gar dem Missbrauch von Antibiotika liegt eine fundamentale Fehleinschätzung zugrunde, nämlich dass nur krankmachende Bakterien getötet werden: Tatsache ist aber, dass Menschen und Tiere in ihrem Körper mehr Bakterien als eigene Zellen haben. Diese in ihrer Gesamtheit als Mikrobiota bezeichnete Bakterien-Vielfalt ist für die Entwicklung des Einzelnen von elementarer Bedeutung. So wird immer klarer, dass Antibiotika nicht nur Resistenzen hervorrufen, sondern wichtige Bakterien dauerhaft aus der Mikrobiota entfernen können, die etwa für die Vorbeugung von Krankheiten wie Asthma oder Adipositas essenziell sind. Diese Reduktion der mikrobiellen Vielfalt ist in der konventionellen Landwirtschaft schon lange beobachtet worden, in der Humanmedizin wächst die Erkenntnis erst allmählich.

Eines muss klar sein: Wir benötigen Antibiotika für die moderne Medizin. Es gibt ganz klare Indikationen für den Einsatz von Antibiotika, daher muss sehr sorgsam damit umgegangen werden. Wir müssen die

In den vergangenen 80 Jahren wurden Antibiotika sowohl in der Humanmedizin als auch in der Tiermedizin nicht immer zielgerichtet angewendet.





Wirkung dieses kostbaren Guts bewahren. Durch einen ungezielten Einsatz riskieren wir jedoch ihren Wirkungsverlust. So treten immer häufiger Infektionskrankheiten auf, die einst unproblematisch mit Antibiotika behandelt werden konnten, heute aber nur noch schwer therapierbar sind, zum Beispiel die Geschlechtskrankheit Gonorrhoe. Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii und Clostridioides difficile sind nur einige weitere Beispiele problematischer Infektionserreger, die teilweise gleich mehrere Resistenzen aufweisen.

In Deutschland erleiden pro Jahr etwa 400.000 bis 600.000 Patienten eine nosokomiale (im Krankenhaus erworbene) Infektion, davon etwa 30.000 Patienten mit einem Erreger, der sogar gegen mehrere Antibiotikaklassen resistent ist. Geschätzt liegt die Todeszahl durch nosokomiale Infektionen bei 10.000 bis 20.000 Menschen pro Jahr, etwa 2.400 Fälle davon gehen auf das Konto multiresistenter Erreger. Ein besonders hohes Risiko haben Menschen mit einer geschwächten Immunabwehr, da sie anfällig für Infektionen sind, die dann ohne eine entsprechende Behandlung einen schweren Verlauf nehmen können. Zu der Risikogruppe gehören Organtransplantierte, Krebspatienten bei einer Chemotherapie, Diabetiker und Patienten, bei denen ein invasiver Eingriff geplant ist. Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt zudem die Zahl alter und hochaltriger multimorbider Patienten zu, die ebenfalls eine Risikogruppe für nosokomiale Infektionen darstellen.

Rationaler Umgang ist notwendig

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rät daher dringend zu einem rationalen Umgang mit Antibiotika – auch weil wenig neue Antibiotika in Sicht sind, die die alten ersetzen könnten. Und selbst wenn ein neues Antibiotikum auf den Markt kommt, würde es höchstens drei bis fünf Jahre dauern, bis die ersten Resistenzen auftreten. Die Entwicklung neuer Antibiotika ist zwar zwingend notwendig, würde die Resistenzproblematik aber nicht lösen, sondern lediglich etwas Zeit gewinnen. Das Hauptproblem der Antibiotikaresistenzen ist der ungezielte Einsatz von Antibiotika.

Jeder Einzelne von uns trägt eine Mitverantwortung für den Antibiotikaverbrauch.

Jeder Einzelne von uns trägt daher eine Mitverantwortung für den Antibiotikaverbrauch. Auch wenn wir Antibiotikaresistenzen nicht mehr loswerden: Wir können den Prozess der Resistenzentwicklung durch unser Handeln maßgeblich beeinflussen und verlangsamen.

Inzwischen hat das Thema Antibiotikaresistenz einen wichtigen Platz auf jeder internationalen und nationalen Gesundheitsagenda. Im Jahr 2015 haben die WHO-Mitgliedsstaaten einen globalen Aktionsplan verabschiedet, der Aufklärung, systematische globale Erfassung von Antibiotikaverbrauch und Resistenzen, Infektionsprävention, Forschung und Entwicklung neuer Therapien und Diagnostika und vor allem die Erstellung von nationalen Aktionsplänen vorantreiben will.

Die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) der Bundesregierung wurde bereits 2008 entwickelt, 2015 hat das Bundeskabinett die neue DART 2020 beschlossen. Viele weitere Maßnahmen wurden auf den Weg gebracht und wir können uns über viele positive Entwicklungen freuen, zum Beispiel über den enormen Rückgang von Antibiotika in der Tierhaltung in Deutschland. Doch es gibt weiterhin viele Hürden, die überwunden werden müssen.

Mehr Bewusstsein durch Aufklärung

Das Ausmaß der Resistenzproblematik ist immer noch nicht Jedem bewusst und es bedarf weiterhin einer verstärkten Aufklärung. Das Thema Antibiotikaresistenzen ist auch nicht allein nur für das Fachpublikum, sondern für die breite Öffentlichkeit von



großer Bedeutung. So bieten sich Bildungseinrichtungen für eine Aufklärung ausgezeichnet an. Schon in der Schule oder im Studium sollten sich Schüler und Studierende mit dem Thema auseinandersetzen. Die junge Generation ist die Zukunft. Hier ist der One-Health-Gedanke von großer Bedeutung, denn eine gesunde Umwelt trägt ebenfalls zur Mäßigung der Antibiotikaresistenz bei.

Unsere Jugend sollte also gut aufgeklärt sein über die Herausforderungen, die mit Antibiotikaresistenzen verbunden sind, gleichzeitig aber dürfen wir ihnen keine Welt hinterlassen, in der kein Antibiotikum mehr wirkt. Das bedeutet für uns: Wir dürfen ein Antibiotikum nur dann einsetzen, wenn es wirklich notwendig ist. Noch wirksamer ist natürlich, eine Infektion von vornherein zu verhindern, denn dann kommt die Frage nach einem Antibiotikum gar nicht erst auf. Eine gute Händehygiene, also das alltägliche Händewaschen mit Seife, und Impfungen gehören zu den besten Schutzmaßnahmen, um Infektionskrankheiten vorzubeugen. Hier muss die Botschaft ganz klar sein: Jede vermiedene Infektion reduziert den Antibiotikaeinsatz und somit das Überleben von resistenten Infektionserregern. Und auch die wertvollen Bakterien in unserem Körper (die Mikrobiota) werden geschützt.

Diese Botschaft richtet sich auch an die Landwirtschaft. Tiere, die gesund und stressfrei leben, werden weniger krank und benötigen weniger Antibiotika. Hier wäre es erforderlich, eine Balance zwischen Konsumgesellschaft und konventioneller Tierhaltung zu finden. Konsumenten erwarten gesunde Lebensmittel zu einem möglichst günstigen Preis – was von Tierhaltern aktuell kaum umgesetzt werden kann. Bedarf es nicht auch hier einer drastischen Änderung unserer Einstellungen?

In der Humanmedizin ist eine rationale Antibiotikaverordnung das Ziel, das zum Beispiel durch sogenannte Antibiotic Stewardship (ABS)-Programme gefördert werden kann. Verschiedene ABS-Initiativen bilden Fachleute aus, um Antibiotika rational und strategisch einzusetzen und Infektionen und die Resistenzsituation besser in den Griff zu bekommen.

Hier spielt natürlich auch die Diagnostik eine entscheidende Rolle. Ebenso bedarf es innovativer Lösungen, denn es stehen nicht genügend Schnelltests zur Verfügung, die zeitnah bei der Entscheidung der Verordnung des Antibiotikums behilflich sein könnten. Daher ist nicht nur die Kommunikationsforschung wichtig, sondern auch die biomedizinische Forschung, insbesondere die Entwicklung neuer und schneller Diagnostiktests, aber auch neuer Antibiotika. Das Verständnis für die Notwendigkeit sozialwissenschaftlicher Forschung hat zum Glück in den letzten Jahren zugenommen. Einen anderen Umgang mit Antibiotika, den wir ja anstreben, können wir mit rein biomedizinischer Forschung nur ansatzweise erreichen.

Zu guter Letzt brauchen wir Alternativen zu Antibiotika. Hier werden viele Optionen erforscht, zum Beispiel die Phagentherapie, antimikrobielle Peptide oder Wirkstoffe, die gezielt die Kommunikation der Bakterien unterbinden – um nur einige zu nennen. Besonders sinnvoll sind Ansätze zur Unterstützung der „gesunden“ Mikrobiota, also der guten Bakterien im menschlichen Körper. So ist etwa die fäkale Transplantation – darunter versteht man das Einführen von hilfreichen Bakterien in den Darm eines Patienten – bei schwerwiegenden Infektionen mit dem Durchfallerregers Clostridioides difficile sehr erfolgreich und erwies sich schon bei vielen Patienten als lebensrettend. Doch obwohl es aus biologischer Sicht sinnvoller wäre, die bakterielle Vielfalt im Körper zu unterstützen, als einzelne Bakterien zu töten, sind solche Behandlungsansätze bislang kaum verfügbar. Hier brauchen wir dringend mehr Forschung.

Antibiotikaresistenzen sind eine hochkomplexe gesamtgesellschaftliche Herausforderung, die uns in vielen Lebensbereichen begegnet. Jeder Einzelne kann dazu beitragen, Antibiotika sinnvoll einzusetzen und die Entwicklung von Resistenzen zu bekämpfen. Eine komplexe Herausforderung bedarf einer komplexen Lösung, die Ärzte und Tierärzte nicht alleine schultern können. Darum wird nur eine gemeinsame gesellschaftliche Aktivität die natürliche Mikrobiota von Mensch und Tier bewahren, die Selektion von resistenten Erregern minimieren und die Geschwindigkeit der Resistenzbildung verlangsamen. ■

In der Humanmedizin ist eine rationale Antibiotikaverordnung das Ziel.



Prof. Dr. Lothar H. Wieler
Präsident des Robert Koch-Instituts



Dr. Esther-Maria Antao
Museumskoordinatorin am Robert Koch-Institut

Foto: Andreea Schnartendoff

Foto: Melroy Antao



RESIST

Für einen bewussteren Umgang mit Antibiotika

Antibiotika gehören zu den wichtigsten Errungenschaften der Medizin und können Leben retten. Doch es kommt mehr und mehr zur Bildung von Resistenzen, welche die Wirkung der Antibiotika mindern oder ganz zunichtemachen. Deswegen ist es wichtig, Antibiotika gezielt einzusetzen. Mit rund 39 Millionen Verordnungen fällt ein Großteil der Verschreibungen auf den ambulanten Sektor. Unter Federführung des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) wurden im Innovationsfondsprojekt RESIST Ärzte und Patienten für einen noch verantwortungsvolleren Umgang mit Antibiotika motiviert.

/ Text / Julia Iwen



Dr. Julia Iwen
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Foto: privat

Durchschnittlich zwei bis viermal pro Jahr erwischt es jeden Erwachsenen, Kinder sind noch häufiger betroffen: Die Nase ist verstopft, der Hals kratzt und schmerzt, man fühlt sich abgeschlagen und ein lästiger Husten begleitet einen über mehrere Tage. Gerade im Herbst und im Winter sind unzählige Erreger im Umlauf, welche unterschiedliche Atemwegsinfektionen auslösen können.

In den meisten Fällen werden Infektionen der oberen und unteren Atemwege (ARTI) durch Viren verursacht und kommen ohne äußere therapeutische Maßnahmen wieder zum Erliegen. Antibiotika sind somit wirkungslos, werden aber dennoch auch in

Deutschland immer noch zu häufig verschrieben. In der Forschung hat man sich in den letzten Jahren intensiv damit auseinandergesetzt, warum trotz „besseren Wissens“ noch immer nicht-notwendige Antibiotikaverordnungen erfolgen. Eine Rolle scheint hier zu spielen, dass Ärzte die Erwartungshaltung ihrer Patienten in Bezug auf eine Antibiotikaverordnung überschätzen. Erkältungssymptome können für die Betroffenen quälend sein, und mit der Hoffnung auf schnelle Abhilfe sitzen Patienten dann ihrem Arzt gegenüber, treten unter Umständen fordernd auf und tragen so zu einem ärztlicherseits empfundenen Verordnungsdruck bei.

Zu viele verordnete Breitbandantibiotika

Im internationalen Vergleich gehört Deutschland zwar nach wie vor nicht zu den „Hochverordner“-Ländern. Ein Blick in die Schweiz oder die Niederlande zeigt jedoch, dass noch erhebliche Verbesserungen möglich sind, ohne dass es zu Einbußen bei der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung kommt. Besonders der Anteil von verordneten Breitbandantibiotika ist in Deutschland im internationalen Vergleich deutlich zu hoch. Es wird vermutet, dass Ärzte aus einem irrationalen Gefühl größerer Sicherheit heraus noch zu oft nicht-angemessene Breitspektrumantibiotika einsetzen, auch bei Atemwegsinfektionen.

Um den Einsatz von Antibiotika bei akuten Atemwegsinfekten weiter zu reduzieren, haben der vdek und seine Mitgliedskassen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und acht Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) das Projekt RESIST initiiert, welches sich derzeit auf der Zielgeraden befindet. Finanziert wird das Projekt seit Dezember 2016 durch den Innovationsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In den KV-Bezirken Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Saarland und Westfalen-Lippe haben ab Juli 2017 insgesamt 2.460 Ärzte am Projekt teilgenommen und Ersatzkassenversicherte mit akuten Atemwegsinfekten für acht Quartale im Rahmen des Projektes versorgt. Ziel von RESIST ist es, sowohl eine Verringerung der allgemeinen



Die teilnehmenden Praxen erhielten Poster für den Wartebereich.

Foto: vdek/NEV

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projektes wird durch das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock realisiert.

Antibiotikaverordnungsrate bei ARTI als auch einen leitliniengerechteren Einsatz von Breitbandantibiotika zu erreichen. So lassen sich Resistenzbildungen sowie vermeidbare Neben- und Wechselwirkungen von Antibiotika langfristig reduzieren. Um dieses Ziel zu erreichen, hat RESIST geeignete Rahmenbedingungen für ein sogenanntes Change Management, also eine nachhaltige Verhaltensänderung, geschaffen. Einbezogen wurden dabei Ärzte, welche bei akuten Atemwegsinfekten von Versicherten direkt aufgesucht werden: Hausärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Kinder- und Jugendärzte.

Voraussetzung für eine Vertragsteilnahme war die erfolgreiche Absolvierung einer projekteigenen, interaktiven Online-Schulung. In den drei Modulen der Schulung wurden einerseits Techniken vorgestellt, die zu einer verbesserten Arzt-Patienten-Kommunikation beitragen sollen, sowie andererseits die Grundlagen der rationalen und leitliniengerechten Antibiotikatherapie bei Atemwegserkrankungen vermittelt. Der sensible Umgang mit konkreten oder vermuteten Erwartungshaltungen des Patienten sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making) bezüglich einer optimalen Therapie standen hierbei im Vordergrund. Die Schulung war mit insgesamt sechs Ärztlichen Fortbildungspunkten (CME-Punkte) bewertet.

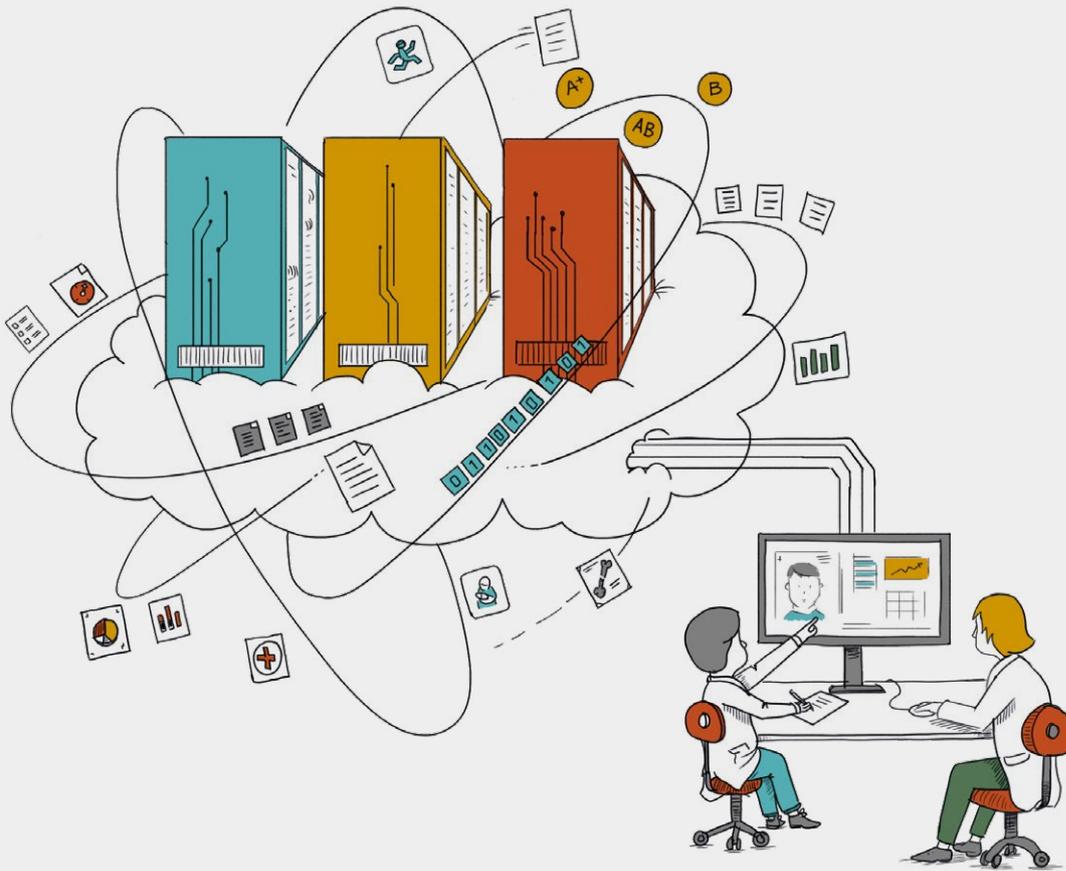
Um die Anwendung der vermittelten Inhalte im Praxisalltag zu erleichtern und den teilnehmenden Arzt bei einer zurückhaltenden Antibiotikaverordnungsstrategie zu unterstützen, erhielten die Praxen Poster für ihre Wartebereiche, Patienteninformationen in Form von Flyern sowie eine kompakte Entscheidungshilfe zur leitliniengerechten

Antibiotikatherapie bei bakteriellen Infekten. Hinweise zur geeigneten symptomatischen Therapie, sowie darüber hinaus gegebenenfalls zur korrekten Einnahme von verordneten Antibiotika, konnte der Arzt dem Patienten in Form eines sogenannten Infozepts mitgeben. Zudem erhielten teilnehmende Ärzte im Januar 2019 einen Feedbackbericht, um das eigene Ordnungsverhalten besser einordnen zu können. Dieser enthielt ansprechend visualisiert Informationen zum regionalen Antibiotikaverordnungsverhalten im Vergleich von RESIST-Teilnehmern zu Nicht-Teilnehmern.

Wissenschaftliche Evaluation

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projektes wird durch das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock (UMR) unter Federführung von Prof. Dr. Attila Altiner gemeinsam mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) realisiert. Inwieweit das Versorgungskonzept tatsächlich zu einer (weiteren) Reduktion der Antibiotikaverordnungen bei ARTI geführt hat, wird anhand von pseudonymisierten GKV-Routinedaten überprüft. Um zusätzlich auch Aussagen über die Umsetzbarkeit der erprobten Versorgungsform und die Akzeptanz bei allen Beteiligten treffen zu können, fand eine Prozessevaluation auf der Basis von qualitativ erhobenen Daten statt: In den Regionen wurden Fokusgruppendifkussionen mit teilnehmenden Ärzten und teilstandardisierte Interviews mit Patienten durchgeführt. Daran schloss sich zusätzlich eine umfassende Fragebogenerhebung in beiden Zielgruppen an. Dass sich fast 2.500 Ärzte im Rahmen des Innovationsfondsprojektes über zwei Jahre hinweg kontinuierlich am Projekt beteiligten, ist bereits als großer Erfolg zu werten. Damit stellt RESIST eines der größten wissenschaftlich evaluierten Projekte in diesem Bereich weltweit dar. Die ersten vorläufigen Auswertungen anhand der noch nicht vollständigen Datensätze sehen bereits vielversprechend aus. Die Ergebnisse aus der Evaluation liegen im März 2020 vor und werden im Rahmen einer gemeinsamen Pressekonferenz der Projektpartner in Berlin vorgestellt. ■

www.vdek.com/resist



Digitalisierung und künstliche Intelligenz

Deutschland hinkt bei der Digitalisierung hinterher – auch im Gesundheitswesen. Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat sich das Thema auf die Fahnen geschrieben und mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wichtige Stellschrauben für eine zeitgemäße und zukunftsfähige Versorgung gestellt. Das Teilen von elektronischen Behandlungsdaten spielt dabei eine wichtige Rolle, etwa durch die elektronische Patientenakte, aber auch durch den Aufbau von Forschungsdatenbanken auf der Grundlage pseudonymisierter Versichertendaten, weitergeleitet durch die Krankenkassen.

Auch die Zukunftstechnologie künstliche Intelligenz (KI) wird bereits in einzelnen Bereichen eingesetzt, etwa der Diagnostik oder dem Monitoring in der Intensivmedizin. Mit zunehmendem Einsatz von Apps, KI und Co wird deutlich, dass die alten Instrumente an vielen Stellen nicht mehr greifen. Die Herausforderung ist nun, die Rahmenbedingungen anzupassen, etwa in den Bereichen Zulassung, Qualitätssicherung und Datenschutz. Dabei gilt es, die Menschen mitzunehmen und auch ethische Aspekte nicht außer Acht zu lassen, denn nur dann kann die Versorgung nachhaltig verbessert werden.

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

Krönung eines digitalisierten Gesundheitssystem

Das Thema künstliche Intelligenz (KI) liegt momentan im Trend. Angesichts der oft überzogenen Hoffnungen und Ängste kann auch gut von einem Hype, von einer irrationalen Überhöhung von KI gesprochen werden. Dieser Hype verdeckt leider den besonnenen Blick auf die Potenziale von KI. Im Folgenden wird versucht, einen nüchternen Überblick zu Gegenwart und naher Zukunft anzubieten: Die Realität ist weniger bombastisch, aber auch weniger bedrohlich als der Hype und nichtsdestoweniger vielversprechend.

/Text/ Lars Roemheld und Jörg F. Debatin

Künstliche Intelligenz kann dort angewendet werden und Vorteile bringen, wo digitale Daten erhoben und verarbeitet werden. Somit ist KI eine Chance der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ein

digitales Gesundheitswesen wiederum setzt klar definierte Prozesse und Standards voraus, mit denen messbare Outcomes optimiert werden. KI sitzt als „Kirsche auf dem Kuchen“, als Krönung eines modernen, digitalisierten Gesundheitssystems – sie ersetzt aber niemals die darunter liegenden Schichten. Diese umfassen teilbare, elektronische Behandlungsdaten, beispielsweise in Form

einer elektronischen Patientenakte, ebenso wie klar definiertes Entlassmanagement und messbare Qualität von Behandlungsepisoden.

Definition von künstlicher Intelligenz

Der Begriff der künstlichen Intelligenz kann in die Irre führen, auch weil der ursprüngliche Begriff der Intelligenz nicht abschließend definiert ist: Allein richtige Antworten in IQ-Tests erfassen das Konzept nicht abschließend. Ganz ohne Definition von Intelligenz stellen wir aber fest, dass spezialisierte Algorithmen in immer schnellerer Folge übermenschliche Fähigkeiten in sehr spezifischen Denkaufgaben beweisen. Bei solchen spezifischen Aufgaben wird es zunächst auch bleiben, „mensenähnliche“ KI (artificial general intelligence) ist derzeit nicht abzusehen. Und doch haben wir in den letzten 20 Jahren Algorithmen gesehen, die besser als Menschen Brettspiele spielen, Auto-Routen berechnen, Wetter vorhersagen oder Brustkrebs in Röntgenbildern identifizieren. Eine breite, realistische Definition von KI umfasst somit also Algorithmen, die Computer befähigen, spezifische Aufgaben zu erledigen, die bisher menschliches Denken erforderten.

In den letzten 20 Jahren wurden besonders große Fortschritte mit Algorithmen des maschinellen Lernens gemacht. Diese eint, dass sie effizient Muster in großen Datenmengen erkennen können. Einige der zugrunde liegenden Ideen sind bereits seit den 1960er Jahren bekannt. Ihr heutiger Erfolg ist vor allem der rasant gewachsenen weltweit verfügbaren Rechenleistung und Speicherkapazität geschuldet.

Gegenwart

Schon heute finden sich in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens funktionierende Anwendungen von KI. Grundsätzlich sind es dabei meist Routinetätigkeiten, die vereinfacht werden. So gibt es etwa Werkzeuge, die die ärztliche oder pflegerische Dokumentation erleichtern, indem Textvorschläge automatisch produziert werden. Auch zu Abrechnungszwecken kann KI zum Beispiel auf potenzielle Fehler in der Dokumentation hinweisen. Krankenkassen setzen zur Betrugsabwehr ihrerseits KI ein, um Auffälligkeiten zu identifizieren.





Digitalisierung bedeutet das Erheben und Verarbeiten elektronischer Daten, zum Beispiel durch eine elektronische Patientenakte statt Karteikarten. So werden weitere Dienste ermöglicht, wie etwa automatische Vitalwert-Kontrolle im Krankenhaus oder Impf-Erinnerungen.

Künstliche Intelligenz (KI) ist ein Oberbegriff für Algorithmen, die elektronische Daten verarbeiten, um intelligent wirkende Aufgaben zu erledigen. KI kann grob in zwei Arten unterteilt werden:

1. Durch Menschen gepflegte „Expertensysteme“, die festen Regeln folgen.
2. „Maschinelles Lernen (ML)“, das Regeln aus Daten erlernt. ML erlaubt Computern, aus Daten selbstständig Muster zu erlernen. So können etwa sogenannte neuronale Netze aus großen Mengen von ärztlich befundenen Röntgenbildern selbstständig lernen, verdächtige Bilder automatisch zu identifizieren.

Telematik-Infrastruktur (TI) ist eine aufwendig entwickelte, sichere Umgebung zum Übertragen und Speichern von Gesundheitsdaten. Sie verbindet beispielsweise Arztpraxen mit Pflegediensten und den elektronischen Akten der Patienten selbst.

Telemedizin ist das Erbringen medizinischer Leistung aus der Ferne, meist via Video-Telefonat. Dies ermöglicht bessere Versorgung in ländlichen Räumen ebenso wie es Wartezeiten in Arztpraxen reduzieren kann.

Der **health innovation hub (hih)** leistet als hauseigener Thinktank des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Unterstützung für Digitalisierung im Gesundheitswesen. Dazu bringen zwölf Experten ihre Praxiserfahrungen in die Arbeit des BMG ein und fungieren umgekehrt als Brückenkopf für das BMG zurück in die Versorgungsrealität, zum Beispiel im Kontakt mit Ärzten, Pflege, Start-ups, Forschung, Industrie und Patienten.

Ebenso kann diagnostische Routine zunehmend unterstützt werden. In der Brustkrebsvorsorge beispielsweise befunden Radiologen ganz überwiegend unauffällige Röntgenbilder. Viele dieser Bilder können mit sehr hoher Sicherheit von automatisierten KI-Algorithmen als unproblematisch markiert werden, so dass Ärzte sich mehr auf nicht-offensichtliche Fälle konzentrieren können.

Im Bereich der bildgebenden Diagnostik finden sich besonders viele Anwendungen von KI. Schon heute ist die Technologie in einzelnen Bereichen gut genug, um zumindest einen Teil der Fälle mit hoher Sicherheit als „unauffällig“ aussortieren zu können. Zusätzlich gibt es Anwendungen, die ähnlich einer Bildstabilisierung, etwa in CT- oder MRT-Scans, die Bildqualität für die menschliche Befundung intelligent verbessern. Die ersten KI-Produkte für Bildgebung drängen auf den Markt; rechtliche Rahmenbedingungen und teilweise ein niedriger Digitalisierungsgrad sind hier derzeit eine größere Bremse als die Verfügbarkeit der Lösungen.

Ein weiteres vielversprechendes Gebiet für KI-Anwendungen in der Medizin ist das kontinuierliche Monitoring, insbesondere in der Intensivmedizin. Wo die Versorgung hinreichend digital erfasst ist, können Krankenhausysteme zum Beispiel automatisch auf frühe Anzeichen einer Sepsis achten und im Verdachtsfall das medizinische Personal alarmieren. Auch solche Systeme

sind vereinzelt bereits im Einsatz. Wenn sie eine Sepsis frühzeitig vorhersagen können, retten sie sehr direkt Leben.

KI-getriebene Entscheidungsunterstützung für Diagnose und Therapie gibt es für Hausärzte ebenso wie für Spezialisten; großer Beliebtheit erfreuen sich aber auch Angebote direkt für kompetente Patienten. Solche Chatbot-Apps führen automatisch eine Anamnese durch und deduzieren aus gespeichertem Literaturwissen eine Differenzialdiagnose samt Handlungsvorschlägen – in erster Linie zur Triage zwischen Hausmitteln, Hausarzt und akuter medizinischer Hilfe. Indem solche Systeme durch menschliche Lehrer stets auf dem aktuellsten Stand gehalten werden, können sie dabei helfen, geänderte Leitlinien rasch umzusetzen. Auch zur Verdachtsdiagnose von seltenen Erkrankungen haben sie unter Umständen mehr Erfahrungsgrundlage als typische Hausärzte, die kaum in der Lage sind, alle Sonderfälle aus der Literatur zu beachten.

Nicht unerwähnt bleiben sollten auch die typisch „industriellen“ Anwendungen von KI: So können beispielsweise die Tourenplanung der ambulanten Pflege oder die Lieferkette im Krankenhaus durch entsprechende Algorithmen optimiert werden, was Fahrzeiten verringern und Bettenkapazität vergrößern kann.

Zukunft

Wie die genannten Beispiele verdeutlichen, existiert bereits heute eine große Menge an KI-Anwendungen, wobei die meisten noch eher spärliche Verbreitung erfahren. Es scheint sehr wahrscheinlich, dass die nächsten zehn Jahre eher von weiterer Verbreitung, Verbesserung und Kommerzialisierung heute grundsätzlich schon bestehender Technologien geprägt sein werden als von bahnbrechenden neuen Entwicklungen.

Dabei ist die Adoptionsgeschwindigkeit bei Patienten deutlich höher als bei den Leistungserbringern des Gesundheitswesens. So scheint es für die nächsten zehn Jahre wahrscheinlich, dass die größten Veränderungen durch KI von Patienten getrieben sein werden, die im viel größeren Maße als bisher aufgeklärt und durch KI-Unterstützung autonom sind.

Diese Veränderung wird befördert durch die zunehmende Verfügbarkeit von Konsumenten-Biomarkern: Neben den Daten aus Wearables wie Smartwatches oder auch Blutzucker-Messgeräten können hier die Ergebnisse von Genom-, Mikrobiom- und Trockenblut-Selbsttests einen signifikanten Einfluss haben. Langfristig ist absehbar, dass immer mehr Patienten durch kontinuierliche Selbstvermessung samt personalisierter Risikovorhersage ihre Gesundheit selbstständig verwalten werden. In diesem Zuge werden auch zunehmend Anbieter in das Gesundheitswesen drängen, die bisher eher für ihre Unterhaltungselektronik bekannt waren.

In der Medizin werden insbesondere KI-gestützte Diagnose- und Entscheidungsunterstützungs-Anwendungen im Zuge einer zunehmenden Professionalisierung weitere Verbreitung finden. Dabei werden das regulatorische Umfeld und die Vergütung darüber entscheiden, ob die heute verfügbaren Anwendungen sich primär bei ökonomisch optimierenden und langfristig investierenden Spezialisten verbreiten oder bis in die „normale Hausarztpraxis“ vordringen.

Absehbar ist auch, dass künftig in immer mehr Spezialgebieten KI-Diagnostik deutlich genauere Ergebnisse erzielen wird als „normale“ Ärzte. So gibt es beispielsweise Indizien, dass aus Bildern der Augenhinterwand oder aus Elektrokardiogrammen mittels KI ungeahnte, für das menschliche Auge bislang unsichtbare Diagnosen möglich sind. Neben immer differenzierteren Befunden in der Radiologie sind mittelfristig auch in der Pathologie erste KI-Anwendungen abzusehen, die zu genaueren Krebsdiagnosen verhelfen können. Gerade in der Pathologie gibt es durch schnellere und bessere Befundung enorme Chancen. Nicht zuletzt kann die bessere Integration pathologischer Parameter in die Pharma-Entwicklung auch zu individualisierter Therapie führen, bei der Wirkstoffe und Dosis genau auf den Patienten angepasst werden. Die Entwicklung solcher Therapien wird bereits heute durch KI unterstützt. Zukünftig könnte auch die Empfehlung zunehmend algorithmisch unterstützt werden.

KI berührt bereits heute weite Teile des Gesundheitswesens und es ist absehbar, dass sie zukünftig in immer mehr Bereichen

breitere Anwendung findet. Dabei werden KI-Algorithmen allerdings kaum den Arzt oder Pfleger abschaffen. Aber der Einsatz von KI fördert und fordert manchen Paradigmenwechsel, etwa durch kontinuierliches Lernen mit sogenannter Real-World-Evidence.

Dabei sollten allerdings die Technikfolgen nicht außer Acht gelassen werden. Für KI werden neue Arten der Validierung benötigt, die auf sogenannten Testdaten basieren. Die Idee dabei ist einfach: Wenn der Algorithmus bei hinreichend vielen Fällen, die er nie zuvor gesehen hat, eine korrekte Empfehlung gibt, dann scheint es plausibel, dass er wirklich funktioniert.

Allerdings ist diese Schlussfolgerung nur zulässig, wenn die Testdaten ausreichend repräsentativ für alle Patienten sind. Genau daran krankten derzeit verfügbare Datensätze: In ihnen sind zum Beispiel Männer oder einige wenige CT-Scanner-Modelle überrepräsentiert. Hier müssen neue Evidenzstandards etabliert und kontrolliert werden – gleichzeitig könnten diese aber auch eine deutliche Verbesserung gegenüber klinischen Pharmastudien bedeuten, da es erheblich praktikabler ist, repräsentative Testdaten zu sammeln, als für jede Studie neue repräsentable Teilnehmer zu rekrutieren.

Für den Bereich der Versicherungen bedeuten die Erfolge der KI eine immer größere Vorhersagbarkeit. Letztlich führt das dazu, dass Pech sich früher materialisiert: Chronisch Kranke werden zukünftig schon vor Ausbruch ihrer Krankheit per Risikoanalyse identifiziert werden können. In freien Versicherungsmärkten würde das zu unbezahlbaren Prämien führen – das Konzept der solidarischen Sozialversicherung wird durch die größere Vorhersagbarkeit noch wichtiger, um Versicherte etwa vor „genetischem Pech“ zu schützen.

Das größte Risiko von KI geht aber wohl von überhöhten Erwartungen und Ängsten aus, von Hype. Substanzlose Vorstellungen von einem menschenähnlichen Terminator schüren diffuse Ängste; Ideen zu Dr. med. KI wecken Hoffnungen auf eine gänzlich neuzeitliche Medizin. Beides ist mit einem realistischen Blick auf KI nicht zu vereinen. Dabei gibt es so viele Potenziale mit künstlicher Intelligenz. ■

Für Versicherungen bedeuten die Erfolge der KI eine immer größere Vorhersagbarkeit.



Prof. Dr. med. Jörg F. Debatin
Leiter health innovation hub

Foto: Jan Pauls



Lars Roemheld
Direktor Artificial Intelligence & Data health innovation hub

Foto: Jan Pauls



INTERVIEW

„Die Zulassungsinstrumente greifen nicht bei KI“

Künstliche Intelligenz (KI) spielt im Klinikalltag in Deutschland bisher kaum eine Rolle, doch die Technologie hat großes Potenzial, die medizinische Versorgung zukünftig zu verbessern. Eine der großen Fragen ist, wie die Qualität solcher Hightech-Anwendungen gesichert werden kann. Prof. Dr. Klaus Juffernbruch ist Informatiker und Mediziner. Der Vorsitzende der Expertengruppe „Intelligente Gesundheitsnetze“ des Digital-Gipfels der Bundesregierung spricht **im Interview mit ersatzkasse magazin**. über die Notwendigkeit, neue Verfahren zur Bewertung von KI zu entwickeln und die Schwierigkeit, Datenschutz und technische Innovationen in Einklang zu bringen.

/ Interview / Michaela Gottfried und Annette Kessen



Sie sind Informatiker und Mediziner, ahnten Sie schon früh, dass diese Fächerkombination zukunftsweisend ist?

Tatsächlich hat sich diese Kombination als zukunftsfruchtig erwiesen. Wobei ich in erster Linie aus reinem Interesse sowohl Informatik als auch Medizin studiert habe. Als ich dann fertig war mit dem Studium, war die Zeit der Ärzteschwemme und es war sehr schwer, eine Stelle als Mediziner zu bekommen. Letztendlich wurde ich an einer Klinik eingestellt, weil diese für ein Forschungsprojekt zur KI einen Diplominformatiker brauchte. Dann wurde ich neugierig auf die Industrie und habe bei einem IT- und Beratungsunternehmen angefangen, das für den Bereich Gesundheitswesen unbedingt einen Arzt haben wollte. Auch daran zeigt sich, dass die digitale Welt immer mehr mit dem Gesundheitswesen in Berührung kommt.

Seit 2012 sind Sie Vorsitzender der Expertengruppe „Intelligente Gesundheitsnetze“ des Digital-Gipfels der Bundesregierung. Worum geht es da, was ist das Ziel eines solchen Netzwerks?

Der Digital-Gipfel beruht auf einer sehr guten Grundidee, nämlich dass es einen Ort geben muss, an dem offene Diskussionen geführt werden können. Beteiligt sind Politik, Industrie, Forschungseinrichtungen und Verbände. Es gibt unterschiedliche Bereiche, jeweils unter Federführung eines Ministeriums. Dabei geht es darum, dass wir uns die technischen Entwicklungen anschauen und überlegen, wie man diese dem Bürger zugutekommen lassen kann und wo regulatorische Stellschrauben, in unserem Fall im hoch regulierten Bereich des Gesundheitswesens, möglicherweise anders gedreht werden müssen. Nur weil etwas technisch möglich ist, heißt es ja nicht, dass es sinnvoll ist. Die Frage ist auch immer, welche technischen Errungenschaften sich im Ausland etablieren und ob vielleicht hierzulande neue Gesetzesvorschläge ratsam sind, um das zu ermöglichen, was sich woanders bewährt hat.

KI ahmt menschliche Intelligenz nach und verbessert sie sogar. In umfangreichen Datensätzen erkennen KI-Algorithmen Muster und ziehen daraus Schlüsse – etwa in Form von konkreten Empfehlungen an den Menschen. Wo steht Deutschland momentan in Sachen KI bezogen auf das Gesundheitswesen?

Bezogen auf die Anwendung im klinischen Alltag ist KI in Deutschland noch ganz neu. Ich habe kürzlich eine Zahl gelesen, da war die Rede von 30 zugelassenen KI-Anwendungen, das ist wenig. Und selbst wenn die zugelassen sind, haben nur wenige Krankenhäuser solche Technik auch im Einsatz. Natürlich stürzen sich die Universitäten und Forschungseinrichtungen auf dieses Thema, aber wir stehen noch am Anfang. Es wird noch einige Jahre dauern, bis sich KI in der Versorgung flächendeckend etabliert hat.

Und im europäischen Vergleich?

Es ist ja kein Geheimnis, dass wir in Deutschland ein bisschen, um nicht zu sagen sehr hinterher hinken, was digitale Anwendungen insgesamt angeht. Hier sind wir sehr konservativ. Was verwundert. Als Industrieland sollten wir eigentlich Vorreiter sein. Vor



Fotos (4): vobik / Michael Wiegmann

Datenschutz wird oft vorge-schoben, um andere Interessen zu verschleiern.

allein bei der hervorragenden Qualität unserer Ärzte und medizinischen Versorgung sowie unserer Ingenieure hätten wir alle Möglichkeiten. Wir könnten viel mehr aus der Digitalisierung machen, wenn wir uns nicht so oft selbst Beschränkungen auferlegen würden.

Was für Beschränkungen sind das?

KI funktioniert nur mit sehr großen Datenmengen. Hier wäre es wünschenswert, wenn wir Daten aus Deutschland zur Verfügung hätten. Derzeit hört man besonders von Start-Ups, dass diese ihre Daten irgendwo im Internet erwerben. Das heißt, wir wissen so gut wie nichts über diese Daten, weder woher sie kommen noch wie die Qualität ist. Ein Beispiel: Sie wollen eine KI schaffen, die Ihnen auf einem Röntgenbild des Brustkorbs sagt, ob eine Lungenentzündung vorliegt. Dafür zeigen Sie dem neuronalen Netz viele Röntgenbilder und erklären, wann eine Lungenentzündung vorhanden ist und wann nicht. Das neuronale Netz wird so geschult. Was aber, wenn die

Diagnosen zu den Trainingsbildern falsch sind? Wenn sie nicht wissen, woher diese Daten kommen, ist das Ganze überhaupt nicht qualitätsgesichert. Bei Daten aus Deutschland wären wir in der Lage, die Qualität wesentlich besser zu kontrollieren.

Das Digitale-Versorgung-Gesetz sieht ja eine Forschungsdatenbank vor, gespeist aus Daten der gesetzlichen Krankenkassen. Diese soll dann öffentlichen Einrichtungen für Forschungszwecke zur Verfügung stehen. Entspricht das Ihren Erwartungen?

Grundsätzlich befürworte ich Datensammlungen und große Datenbanken, eben vor allem mit Daten deutscher Bürger. Aber ich bin natürlich auch ein Freund des Datenschutzes. Es ist immer eine Gratwanderung: Was sollte der Gesetzgeber vorgeben und wie weit geht die Freiheit des Einzelnen? Natürlich sollte jeder souverän über seine Daten verfügen können, dafür gibt es unter anderem die Datenschutzgrundverordnung. Gleichzeitig aber erwartet jeder Bürger, dass er die bestmögliche Gesundheitsversorgung bekommt. Insofern gibt es einen Widerspruch, wenn man einerseits sagt, wir stellen die Daten nicht bereit, die wir bräuchten, um die Forschung und damit die Versorgung voranzutreiben, und andererseits die beste Versorgung fordert. Diesen Widerspruch muss man im gesellschaftlichen Konsens auflösen.

Was schlagen Sie vor?

Es kann auf jeden Fall nicht sein, dass Daten unkontrolliert irgendwo in der Welt auftauchen. Wir bräuchten ein Gesetz, das regelt, dass bestimmte Daten in bestimmten Formen, egal ob anonymisiert oder pseudonymisiert, für bestimmte Zwecke genutzt werden können. Auch die Forschung und die Industrie brauchen Klarheit, unter welchen Bedingungen sie Daten bekommen und nutzen dürfen. Dies sollte so gemacht werden, dass die Interessen des Einzelnen geschützt werden, aber genauso das Interesse der Allgemeinheit nach besserer Versorgung berücksichtigt wird.

Welchen Stellenwert hat der Datenschutz in Deutschland?

In Deutschland wird Datenschutz oft vorge-schoben, um andere Interessen zu verschleiern. Wenn man sich die ganze Diskussion um





Prof. Dr. med. Klaus Juffernbruch, geboren 1961 in Mönchengladbach, studierte von 1982 bis 1991 Informatik und Medizin an der RWTH Aachen. Nach seiner ärztlichen Tätigkeit am Klinikum der RWTH arbeitete er von 1993 bis 2007 bei IBM in verschiedenen **Consulting-, Vertriebs- und Managementfunktionen** und danach bei Cisco als **Direktor für strategische Beratung im Gesundheitswesen**, bevor er 2017 auf eine **Professur für Gesundheits- und Sozialmanagement an der FOM Hochschule** berufen wurde. Seine Arbeitsschwerpunkte sind zukunftsweisende Versorgungsformen, E-Health, künstliche Intelligenz, Telemedizin, Telekonsultation und elektronische Gesundheitsakten. **Er ist seit 2012 Vorsitzender der Expertengruppe „Intelligente Gesundheitsnetze“ des Digital-Gipfels der Bundesregierung.**

→ die Telematikinfrastruktur (TI) oder eben KI anschaut, dann zeigt sich, dass der Datenschutz oft von Interessenverbänden hochgehalten wird, um technische Entwicklungen zu verhindern. Auf der anderen Seite aber zeigt sich, dass für genau diese Leute an anderer Stelle der Datenschutz überhaupt keine Rolle spielt.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Ich würde mir wünschen, dass die vielen Ärzte und Ärzteverbände, die aus Datenschutzgründen gegen die TI sind, sich genauso vehement dafür einsetzen, dass das Faxen in Deutschland abgeschafft wird. Faxen ist eine völlig ungeschützte Kommunikation und im deutschen Gesundheitswesen werden tagtäglich Millionen von Patienteninformationen über Faxe ausgetauscht. Aber gegen die TI, die eine hochabgesicherte verschlüsselte Kommunikation mit Arztbriefen ermöglichen würde, sperrt man sich mit allen Mitteln. Das kann ich nicht nachvollziehen.

Sie sagen aber auch, dass neue Medizinprodukte, die auf KI beruhen, nicht ungesteuert ins Gesundheitssystem kommen dürfen. Wie bewerten Sie diesbezüglich die Zulassungsverfahren?

Es gibt ja zugelassene Systeme und genauso gibt es Medizinprodukteverordnungen, da könnte man sagen, prima, aber dem ist nicht so. Regulierungsbehörden selbst geben zu, dass

ihre traditionellen Instrumente nicht darauf ausgerichtet sind, maschinelles Lernen und KI zu bewerten. Zum Beispiel gibt es Anstrengungen der amerikanischen Regulierungsbehörde FDA, diese Zulassungsverfahren neu zu designen. Auch andere Regulierungsbehörden, etwa die Europäische Arzneimittelagentur (EMA), haben erkannt, dass die traditionellen Zulassungsinstrumente nicht greifen und dass wir neue Standards entwickeln müssen. Die Frage ist, kann ich bei Diagnostik, beispielsweise bei der Auswertung von Mammografie-Aufnahmen oder der Beurteilung von pathologischen mikroskopischen Präparaten, auf die KI vertrauen und wenn ja, wie kann ich das messen? Menschen irren sich, KI kann sich auch irren. Aber was mich interessiert ist, wie oft sich die KI irrt. Und wenn wir dann noch einen Schritt weitergehen und KI einsetzen wollen, um Therapieempfehlungen auszusprechen, stoßen wir ganz schnell auf das Problem, dass Medizin leider nicht überall eine exakte Wissenschaft ist.

Wie lässt sich das Problem lösen?

Wenn ein System therapeutische Vorschläge macht, zum Beispiel zu einer Operation rät oder nicht, muss ich wissen, ob diese den medizinischen Leitlinien entsprechen. In diesem Fall haben die Regulierer erkannt, dass die derzeitigen Zulassungsmechanismen oft zu kurz greifen. Was für ein Röntgengerät der

vernünftige und richtige Weg der Zulassung war, ist mit Blick auf KI-Systeme oft nicht zeitgemäß. Womöglich erhält ein Hersteller die Zulassung, was aber keine Garantie dafür ist, dass das System gut und sicher ist. Die Zulassungsbehörden müssen auch bei KI-Systemen für Therapieempfehlungen selbst in der Lage sein zu testen und nicht nur zu schauen, ob der Hersteller bestimmten Prozeduren folgt. Daran schließt sich noch eine zweite große Herausforderung an: KI liefert ein Resultat, aber nicht immer kann man nachvollziehen, wie die KI zu ihrem Ergebnis gekommen ist. KI muss erklärbar und nachvollziehbar sein, das fordert auch die Bundesregierung ganz explizit.

KI wird auch die Arzt-Patient-Beziehung verändern. Welche Rolle hat der Arzt in Zukunft?

Wir haben ja heute bei allen Gesundheitsberufen das Problem, dass wir einen erheblichen Fachkräftebedarf haben, den der Markt nicht decken kann. Egal ob es Ärzte, Pflegekräfte oder Logopäden sind. Wir müssen uns also überlegen, wie wir die Fachkräfte von unnötigen Arbeiten entlasten und wie wir ihre Produktivität stärken können. Ein Beispiel: Radiologen gucken sich jeden Tag viele Röntgenaufnahmen des Brustkorbs an. Das meiste ist Routine, das ist für den Arzt nicht spannend, aber auch bei Routine muss man sich ganz genau konzentrieren, um nicht nachlässig zu werden. Und da könnte eine KI schon vieles vorsortieren und vorbefunden. Das unterstützt den Radiologen in seiner Bewertung. Oder nehmen Sie den Faktor Zeit. Die Patienten wünschen sich oft, dass Ärzte sich mehr Zeit für Erklärungen nehmen. Man könnte also einen Teil der durch KI eingesparten Zeit dafür verwenden, mit dem Patienten besser ins Gespräch zu kommen oder Wartezeiten für Patienten zu verkürzen.

Also Sie glauben nicht, dass die Ärzte und Pflegekräfte in Zukunft arbeitslos werden?

Nein. Auf absehbare Zeit auf keinen Fall. Aber KI kann die Arbeit für Pflegekräfte und Ärzte deutlich erleichtern. Es gibt inzwischen auch Geräte, die sich direkt an den Verbraucher wenden. Etwa den von einem Berliner Start-Up entwickelten Symptomchecker Ada, eine App, die sich jeder kostenlos runterladen und sich über mögliche Krankheiten informieren kann. Das ist quasi die Steigerung

von Dr. Google. Heute informieren sich schon etliche Patienten über ihre Krankheit vorab, tauchen beim Arzt auf und sagen, ich habe folgende Krankheit und am besten schreiben Sie mir das und das Medikament auf.

Der informierte Patient. Was halten Sie davon?

Ich finde es gut, wenn sich Patienten über ihre Krankheiten informieren, weil es dieses Gefälle verringert, der Arzt als Halbgott in Weiß und der Patient als unwissender Bittsteller. Allerdings helfen die ungefilterten Rechercheergebnisse bei Google nicht wirklich weiter. Deshalb gibt es Bestrebungen in Deutschland, ein nationales Gesundheitsportal zu errichten, das qualitätsgesicherte Informationen bereithält – ein richtiger Weg. Aber nehmen wir mal an, es gäbe eine gute KI, auch damit könnten Patienten besser informiert werden. Wenn sie also Instrumente hätten, die ihnen sagen, es ist dringend oder nicht, gehen sie zum Hausarzt, Facharzt oder mit dem Rettungswagen in die Klinik, wäre das ein großer Fortschritt.

Wie schätzen Sie die Bereitschaft der Ärzte gegenüber der KI generell ein?

Die Erfahrung zeigt, dass die Nutzung neuer Entwicklungen im Gesundheitswesen von zwei Faktoren abhängt. Zum einen von der medizinischen Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit, zum anderen von der Vergütung. Wenn das Fax besser bezahlt ist als der elektronische Arztbrief, nutzt keiner den E-Arztbrief. Das wird jetzt gerade geändert, aber bisher war es so. Wir müssen die finanziellen Anreize so setzen, dass der, der die beste Qualität für die Patienten liefert, auch das meiste Geld verdient. Zugegeben, schwierig umzusetzen, aber meines Erachtens ein richtiger Weg.

Was raten Sie den Skeptikern unter den Ärzten?

„Wer nicht handelt wird behandelt“. Dieser Spruch trifft auch die Ärzteschaft in Sachen Digitalisierung. Denn der Patient lässt sich nicht vorschreiben, wo er was im Internet sucht und welche Technik er nutzt. Auch die Krankenkassen lassen sich von den Ärzten auf Dauer nicht beschneiden. Ich würde mir eine Ärzteschaft wünschen, die aktiv diese Neuerungen vorantreibt, anstatt zu schauen, was machen andere und sich dann aufs Protestieren zu beschränken. ■



KI kann die Arbeit für Pflegekräfte und Ärzte deutlich erleichtern.



DIGITALISIERUNG

Die Medizin-Apps kommen

Der Bundestag hat am 7. November 2019 das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) beschlossen. Damit wird die Digitalisierung weiter vorangebracht. Aber im Detail bleiben einige offene Fragen.

/Text/ Björn-Ingemar Janssen

Im Mittelpunkt des DVG steht die Einführung von Apps auf Rezept. Damit wird es zukünftig möglich sein, nach Verordnung durch einen Arzt oder Genehmigung der Krankenkasse digitale Gesundheitsanwendungen zu nutzen. Die Ersatzkassen haben ihren Versicherten bereits frühzeitig solche Angebote über Satzungsleistungen oder Selektivverträge zugänglich gemacht. Mit dem neuen Gesetz sollen nun erstmalig alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Zugriff auf diese neuen Möglichkeiten erhalten, zum Beispiel zur digitalen Therapieunterstützung oder zum Selbstmanagement insbesondere chronischer Erkrankungen.

Bis die erste App verordnet wird, ist jedoch noch eine Reihe von Fragen zu klären. Aus Sicht der Ersatzkassen können nur solche Anwendungen durch die Krankenkassen erstattet – und damit durch die Versichertengemeinschaft bezahlt – werden, die einen nachgewiesenen Nutzen bieten. Für diese Prüfung hätten sich die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung angeboten, die eine lange Erfahrung in der Bewertung neuer Behandlungen auf Basis der Maßstäbe der evidenzbasierten Medizin haben. Stattdessen hat sich der Gesetzgeber dafür entschieden, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu beauftragen.

Welche Kriterien für die Bewertung von Medizin-Apps herangezogen werden sollen, ist derzeit noch unklar. Hierzu wird das

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Rechtsverordnung erlassen, mit der im ersten Quartal 2020 gerechnet wird. Grundlage dürften auch die Ergebnisse verschiedener Gutachten sein, die das Ministerium in Auftrag gegeben hat.

Nachweis der medizinischen Qualität

Wichtig ist aus Sicht der Ersatzkassen, dass neue digitale Angebote in ihrem medizinischen Outcome mindestens gleichwertige Ergebnisse liefern wie bisherige „analoge“ Therapien. Daneben sollten auch andere Versorgungseffekte eine Rolle spielen, wie etwa eine Vereinfachung der Prozesse. Die Priorität muss jedoch klar auf der medizinischen Qualität liegen, die durch hochwertige Studien nachgewiesen sein muss.

Viele Anbieter digitaler Anwendungen, die bereits heute über Selektivverträge im GKV-Markt aktiv sind, können solche Studienergebnisse bereits vorweisen. Liegen sie noch nicht vor, sind aber zu erwarten, kann dies zukünftig im Rahmen einer Erprobung direkt in der Versorgung untersucht werden. Das ist ein richtiger Weg, um potenziell gute Angebote frühzeitig den GKV-Versicherten zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig kommt es auch hier auf die konkreten Bedingungen für die Teilnahme an einer Erprobung an. Denn eine – auch nur zeitweise – Kostenübernahme durch die GKV darf kein Programm zur Wirtschaftsförderung von Anbietern von Apps werden, die sich im Nachhinein als nutzlos herausstellen.

Dies gilt umso mehr, als im ersten Jahr der Aufnahme in den Leistungskatalog grundsätzlich der Preis vergütet werden muss, den der Hersteller zuvor festgelegt hat. Erst nach Ablauf dieses Jahres wird der Marktpreis durch einen zwischen GKV-Spitzenverband und Anbieter verhandelten Preis ersetzt. Angesichts dieser kritisch zu sehenden Regelung ist es wichtig, zügig ein Verfahren zu entwickeln, mit dem der monetäre Wert einer digitalen Anwendung möglichst objektiv ermittelt werden kann. Gleichzeitig sollte die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit aufgegriffen werden, durch die Vereinbarung von Höchstbeträgen Mondpreise im ersten Jahr zu verhindern.



Björn-Ingemar Janssen
Beauftragter für Digitale
Versorgung beim vdek

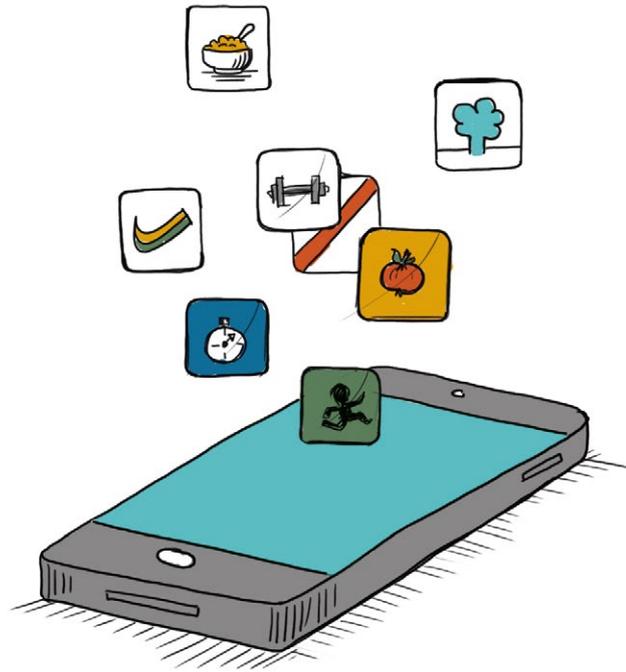
Foto: privat

Zugriff auf Gesundheits-Apps

Unklar ist derzeit ebenfalls, auf welche Weise die Versicherten überhaupt Zugriff auf verordnete digitale Gesundheitsanwendungen erhalten. Die etablierten App-Stores von Apple und Google sieht das DVG nur als Ausnahme vor. Die Einrichtung eines autonomen, auf die deutsche GKV zugeschnittenen Vertriebsweges erscheint jedoch aus verschiedenen Gründen unrealistisch. Bedeutet das also, dass die Apps zunächst durch den Versicherten gekauft und der Preis anschließend durch die Krankenkasse zurückerstattet wird? Dabei würden 30 Prozent als Provision direkt an den Betreiber des App-Stores fließen. Alternativ könnte der Versicherte nach Einreichung der ärztlichen Verordnung einen Freischaltcode erhalten, mit dem er die App nutzen kann, ohne finanziell in Vorleistung zu gehen. Welche Wege hier zukünftig möglich – und sinnvoll – sind, wird derzeit diskutiert.

Angesichts der Berichterstattung der letzten Monate um mögliche Sicherheitslücken bei Gesundheits-Apps muss auch die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben Teil des Bewertungsverfahrens sein. Dabei geht es auf keinen Fall darum, Datenschutz als Totschlagargument zu verwenden. Bestimmte Datenflüsse können notwendig sein, um Anwendungen zu verbessern und damit auch den Versicherten eine hohe Usability (Nutzungsqualität) zu bieten. Gleichzeitig muss jedoch sichergestellt sein, dass hierbei keine medizinischen Informationen übermittelt und keine personenbezogenen Daten an Dritte gesendet werden. Es ist zu hoffen, dass die Anbieter von Gesundheitsanwendungen eine hohe Sensibilität zeigen und das BfArM in der Lage ist, notwendige Prüfungen auch regelmäßig durchzuführen. Nur so können mögliche Vorbehalte gegen neue digitale Versorgungsansätze abgebaut werden.

Eine wichtige Rolle dabei kommt auch den Krankenkassen zu. Sie werden zukünftig bestehende Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz gezielt auf den digitalen Bereich ausweiten. Gleichzeitig erhalten sie die Möglichkeit, ihren Versicherten auf ihren



konkreten Bedarf zugeschnittene Versorgungskonzepte zu machen. Damit wird auch das große Angebot spezifischer Behandlungsangebote der Ersatzkassen für den einzelnen Versicherten noch übersichtlicher und ermöglicht – nach vorheriger Einwilligung – eine individuellere Betreuung.

Zweites Digitalgesetz in Vorbereitung

Um die regulatorischen Rahmenbedingungen für alle Aspekte der Digitalisierung zu schaffen, braucht es mehr als ein Gesetz. Bis Jahresende wird daher der Entwurf eines DVG II erwartet, das vor allem weitergehende Regelungen zu der zum 1. Januar 2021 startenden elektronischen Patientenakte (ePA) enthalten wird. Diese Regelungen wurden im Gesetzgebungsverfahren zum DVG zunächst abgetrennt, da weiterer Abstimmungsbedarf zu datenschutzrechtlichen Fragestellungen zwischen den einzelnen Bundesministerien bestand. Nun ist zu hoffen, dass mit dem DVG II der Umfang der ePA noch einmal deutlich erweitert wird. Denn nur mit einer Vielzahl relevanter medizinischer Informationen erhalten Leistungserbringer und Versicherte Transparenz über bisherige Untersuchungsergebnisse und Behandlungsschritte. So würden – wie auch mit dem gerade beschlossenen DVG – die Möglichkeiten und Chancen der Digitalisierung auf vernünftige Weise genutzt und die Ansätze für eine weitere Verbesserung der Versorgung geschaffen. ■

Bis die erste App verordnet wird, ist noch eine Reihe von Fragen zu klären.



FACHFORUM GESUNDHEIT

Wie smart ist die medizinische Versorgung?

Ersetzt künstliche Intelligenz (KI) bald den Arzt? Werde ich im Alter von Robotern gepflegt werden? Was passiert mit meinen Gesundheitsdaten? Diese Fragen rund um die Zukunft der Gesundheitsversorgung standen im Mittelpunkt des Fachforums Gesundheit Mitte November 2019 im Verlagshaus des Tagesspiegels in Berlin. Neun Experten aus Wissenschaft, Politik und dem Gesundheitswesen diskutierten das Thema „Apps, Robotik, KI – wie smart ist die medizinische Versorgung?“

/ Text / Nicole Janke

Gleich zu Beginn skizzierte Prof. Dr. Peter Dabrock vom deutschen Ethikrat das Ausmaß der Umwälzungen im Gesundheitswesen durch die Digitalisierung und lieferte ein Beispiel: Facebook ermittelte anhand von Nutzerdaten allein durch Wahrscheinlichkeitsrechnungen die Neigung zu Depression oder Suizidgefährdung. Die Ermittlung von Gesundheitsdaten anhand von Social Media Aktivitäten und das damit einhergehende Eindringen in einen der intimsten Bereiche des Menschen – seine Gesundheit – sei ein ethisch dramatisches Beispiel und zeige, vor welchen Herausforderungen unsere Gesellschaft stehe. Doch Datensammeln biete auch große Chancen, beispielsweise in der Unterstützung von gesundheitsförderlichem Verhalten und der Diagnostik, etwa bei Krebserkrankungen. Ethik dürfe nicht nur Verhinderer sein, sondern beinhalte auch die Pflicht, lebensrettende Möglichkeiten nicht zu unterlassen, so der Theologe. Das Schlüsselwort hierfür sei die Datensouveränität. In diesem Kontext stellte Dabrock ein Modell vor, dass dem Einzelnen die Möglichkeit bietet,

in den Datenverwertungsprozess einzugreifen, wenn es wirklich wichtig ist. Dass hierfür eine große Portion Datenkompetenz nötig ist, die nur durch viel mehr Bildung in diesem Bereich zu erreichen sei, sieht er als die große gesellschaftliche und individuelle Aufgabe an, vor der wir stehen.

In der anschließenden Diskussionsrunde zum Thema „**Smarte Versorgung: Ersetzt KI die sprechende Medizin**“ zeigte sich Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V., überzeugt, dass Apps, Robotik und KI die sprechende Medizin nicht ersetzen, sondern ergänzen und die Qualität der Versorgung verbessern werden: „Schon jetzt machen die Ersatzkassen ihren Versicherten eine Reihe von digitalen Angeboten, etwa zur psychotherapeutischen Versorgung oder zum Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes. Es ist gut, dass erprobte Angebote nun mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz allen Versicherten in der Regelversorgung zugutekommen sollen.“ Die Gesundheitskompetenz der Menschen nehme zu und viele Versicherte seien offen für den Einsatz von Apps, so Elsner. Versicherte müssten aber immer Manager ihrer Gesundheitsdaten bleiben.

Auch Christine Aschenberg-Dugnus, gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion, betonte in dem Zusammenhang, dass sogenannte Datenspenden durch die Versicherten immer auf Freiwilligkeit beruhen müssten. Prof. Dr. Peter Vajkoczy, Direktor der Klinik für Neurochirurgie an der Berliner Charité, ist ebenfalls überzeugt, dass die Digitalisierung den Menschen enormen Nutzen bringt, ganz konkret in seinem Fachgebiet. So hätten digitale bildgebende Verfahren große Verbesserungen bei Operationen in schwer zugänglichen Arealen gebracht. Beispielsweise arbeitet Vajkoczy bei der Behandlung von Hirntumoren mit einem OP-Mikroskop, das Livebilder des Operationsfeldes zeigt, in die zusätzliche, wichtige Informationen eingeblendet werden. Die dahinter stehende Technologie ist die sogenannte Augmented Reality (AR), also eine computergestützte Erweiterung der Realitätswahrnehmung. Dass Digitalisierung und KI den Arzt ersetzen könnten, befürchtet Vajkoczy nicht: „Therapieentscheidungen werden auch in Zukunft immer vom Arzt getroffen werden.“



Foto: Daniela Greven

Nicole Janke
Abteilung Kommunikation
beim vdek



Fotos (4): Tagesspiegel/Robert Schlessinger

Auch bei der zweiten Diskussionsrunde spielte die Frage nach der Ersetzbarkeit von Menschen durch Maschinen eine Rolle, diesmal im Hinblick auf die Pflegekräfte. Kordula Schulz-Asche, Bundestagsabgeordnete von Bündnis 90/Die Grünen und Mitglied im Gesundheitsausschuss, warnte davor, den Blick auf mögliche Gefahren der Digitalisierung zu verengen. Viel wichtiger sei es, die Chancen hervorzuheben. „Richtig eingesetzt, haben moderne Technologien das Potenzial, den Pflegeberuf aufzuwerten“, so Schulz-Asche. Technik entlaste an vielen Stellen bereits heute das Pflegepersonal, etwa beim Heben und Umlagern von Pflegebedürftigen oder beim Transportieren von Wäsche in Pflegeheimen.

Dass es ohne technische Hilfsmittel angesichts der knappen Personaldecke nicht geht, betonte auch Selina Deppe vom Seniorenzentrum Flersheim-Stiftung. Die Leiterin der Bad Homburger Einrichtung hatte den heimlichen Star der Veranstaltung im Schlepptau, die Roboterrobbe Paro. Das Fellknäuel mit großen dunklen Knopfaugen, das auf Berührung und Geräusche reagiert, wird in dem Seniorenzentrum als Therapieroboter für Demenzkranke eingesetzt, genauso wie Therapiehunde. Der Vorteil: Roboter müssten sich nicht ausruhen. Zudem gäbe es viele Senioren, die nicht mit Hunden klarkämen. Deppe betonte jedoch, dass die Robbe nur ein Hilfsmittel für die Pflegekräfte sei und die Pflegebedürftigen niemals allein mit ihr gelassen würden. „Pflege ist immer Beziehungsarbeit“, so Deppe. „Das kann ein Roboter nicht leisten.“ Michael Früh vom High-Tech-Entwickler F&P Robotics AG hakte ein, dass eine Diskussion um pflegende Roboter grundsätzlich am Thema vorbeigehe:

„Roboter können nicht pflegen, sie können nur assistieren.“ Daher werde in der Branche korrekterweise auch von Assistenzsystemen gesprochen, die zur Entlastung des Personals und pflegender Angehöriger entwickelt würden. Dennoch dürfe der ethische Aspekt nicht aus den Augen gelassen werden, mahnte Prof. Dr. Arne Manzeschke von der Evangelischen Hochschule Nürnberg: „Auch wenn die Technik derzeit noch nicht so weit ist, dass Roboter als soziale Interaktionspartner mit eigener Entscheidungsfähigkeit auftreten, müssen wir bereits jetzt bestimmen, wie viel Freiheit wir Robotern in der Zukunft gewähren wollen.“ Dafür bedürfe es der partizipativen Forschung: „Techniker, Pflegekräfte, Politiker, Krankenkassen und Ethiker müssen zusammenarbeiten und die Entwicklung sorgfältig begleiten, damit wir am Ende nicht vor Konsequenzen stehen, die wir nicht haben wollen“, so Manzeschke.

Das Schlusswort bei diesem spannenden Expertenaustausch hatte der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus. Der Staatssekretär rückte den Pflegeberuf in den Mittelpunkt: „Wir brauchen sinnvolle technische Unterstützung, um die Pflege zukunftsicher zu machen. Aber die Rahmenbedingungen müssen stimmen, denn nur dann finden wir das so dringend benötigte Personal.“ Er forderte, die berufsübergreifende digitale Kommunikation voranzutreiben und begrüßte in dem Zusammenhang die Einführung der elektronischen Patientenakte. Mit dem Credo „Besser vernetzt ist besser versorgt“ setzte er den Schlusspunkt der Veranstaltung und lieferte damit sogleich ein passendes Fazit. ■

Foto links (von re. nach li.): Prof. Dr. Peter Dabrock, Deutscher Ethikrat; Christine Aschenberg-Dugnus MdB, FDP; Ulrike Elsner, vdek-Vorstandsvorsitzende; Prof. Dr. Peter Vajkoczy, Direktor der Klinik für Neurochirurgie an der Charité

Foto rechts (von re. nach li.): Selina Deppe, Leiterin Seniorenzentrum Flersheim-Stiftung; Kordula Schulz-Asche MdB, Bündnis 90/Die Grünen; Michael Früh, F&P Robotics AG; Prof. Dr. Arne Manzeschke, Evangelische Hochschule Nürnberg



Oben: Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

Unten: Roboterrobbe Paro



GUTACHTEN DER DATENETHIKKOMMISSION

Digitale Infrastrukturen im Gesundheitssektor ausbauen

Der Einsatz von Algorithmen und künstlicher Intelligenz sowie der Umgang mit Daten bergen große Potenziale. Gleichzeitig stellen sich viele ethische und rechtliche Fragen. Die Bundesregierung hat die Datenethikkommission (DEK) beauftragt, ethische Leitlinien für den Schutz des Einzelnen, die Wahrung des gesellschaftlichen Zusammenlebens und die Sicherung und Förderung des Wohlstands im Informationszeitalter zu entwickeln. Das im Oktober 2019 veröffentlichte Gutachten enthält auch für den Bereich Gesundheit konkrete Handlungsempfehlungen.

Informationelle Selbstbestimmung des Patienten stärken

Mit Blick auf die Vorteile eines digitalisierten Gesundheitswesens spricht sich die DEK für einen raschen Ausbau digitaler Infrastrukturen innerhalb des Gesundheitssektors aus. Der qualitative und quantitative Ausbau digitalisierter Versorgungsmaßnahmen sollte die informationelle Selbstbestimmung des Patienten stärken. Hierzu gehört der partizipative Auf- und Ausbau der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie die Weiterentwicklung von Verfahren zur Prüfung und Bewertung digitaler Gesundheitsanwendungen im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt.

Datennutzung für gemeinwohlorientierte Forschungszwecke

Die DEK sieht in einer Datennutzung für gemeinwohlorientierte Forschungszwecke (zum Beispiel zur Verbesserung der Gesundheitsfürsorge) enormes Potenzial, das es zum Wohle des Einzelnen und der Allgemeinheit zu nutzen gilt. Das geltende Datenschutzrecht erkennt dieses Potenzial durch eine Reihe weitreichender Privilegierungen prinzipiell an. Allerdings bestehen auch Unsicherheiten, insbesondere mit Blick auf die Reichweite des sogenannten Weiterverarbeitungsprivilegs sowie des Forschungsbegriffs im Zusammenhang mit der Entwicklung von Produkten. Dem muss aus Sicht der



DEK durch entsprechende gesetzliche Klarstellungen begegnet werden.

Rechtssichere Einholung von Einwilligungen

Bei Forschung mit besonders sensiblen Kategorien personenbezogener Daten (zum Beispiel Gesundheitsdaten) sollten Forschende durch Handreichungen zur rechtssicheren Einholung von Einwilligungen sowie durch die Förderung und gesetzliche Anerkennung innovativer

Einwilligungsmodelle unterstützt werden. Zusätzlich zu den weiteren Entwicklungen zur Reichweite des sogenannten Weiterverarbeitungsprivilegs für die Forschung könnten dazu auch digitale Einwilligungsassistenten oder ein sogenannter Meta Consent gehören.

Qualitätsgestützte Nutzung von Gesundheitsdaten

Die DEK unterstützt prinzipiell die Entwicklung in Richtung eines lernenden Gesundheitssystems, in dem die Daten aus der alltäglichen Gesundheitsversorgung systematisch und qualitätsgestützt im Sinne der evidenzbasierten Medizin genutzt werden, um die Versorgung kontinuierlich zu verbessern. Allerdings sollte flankierend, beispielsweise durch Verwertungsverbote, mehr Schutz vor dem erheblichen Diskriminierungspotenzial sensibler Datenkategorien geschaffen werden. ■

www.datenethikkommission.de

3 FRAGEN AN

Dr. Markus Leyck Dieken

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ist seit Mitte Mai 2019 mit 51 Prozent Mehrheitsgesellschafter der gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH. Damit einher geht die Berufung eines neuen Geschäftsführers: Dr. med. Markus Leyck Dieken (54) hat diese Funktion am 1. Juli 2019 übernommen. Der Internist und Notfallmediziner war zuletzt in mehreren Positionen als Manager in der Pharmabranche tätig.

2005 wurde die gematik gegründet mit dem Auftrag, die Telematikinfrasturktur (TI) im Gesundheitswesen aufzubauen. Das kommt nur langsam voran. Wie kann es gelingen, mehr Tempo in diesen Prozess zu bringen?

Die gematik dreht ihren Modus Operandi um 180 Grad – weg von einer passiven Dienstbarkeit der Vergangenheit hin zu einem aktiven Konzeptionshaus. Ein Haus, das sich dem Dialog öffnet und als Forum fungiert, in dem Stimmen von außen zu Wort kommen und durch das die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens vorangetrieben wird – mit nachgefragten Konzepten, die sich ausschließlich an der Versorgungsrealität und dem Nutzen orientieren. Dieser fundamentale Wandel ist notwendig, damit wir überhaupt eine Chance zur digitalen Aufholjagd in Europa haben. Darüber hinaus ändern wir unsere internen Arbeitsabläufe. Wir testen nur noch, was auch von uns zertifiziert wird, und wollen serviceorientierter während der Zulassungsphase werden. Dazu gehört auch, den Herstellern klare Termine und Ansprechpartner zu übermitteln, damit alle Beteiligten umfassend und einheitlich informiert sind. Diese neue Arbeitsweise der gematik führt zu mehr Akzeptanz, Transparenz, Relevanz und Effizienz bei der digitalen Vernetzung des Gesundheitswesens.

Ein großer Meilenstein wird die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) im Jahr 2021 sein. Wie gut ist die gematik dafür aufgestellt?

Wir wollen alle Gesellschafter mitnehmen und tauschen uns mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen und natürlich auch der Industrie über die ePA aus. Dazu veranstalten wir beispielsweise Workshops und Infotage, stellen aber auch Unterstützung in Form von Publikationen, Checklisten oder Testtools bereit. Besonders in den Fokus ist für uns die Ärzteschaft gerückt, mit der wir in den Dialog treten und deren Interessen wir einbetten wollen. Zwar werden die Krankenkassen die ePA beleben und bewerben. Aber



„Wir müssen zunächst die Ärzte vom Nutzen der elektronischen Patientenakte überzeugen.“

Dr. Markus Leyck Dieken
Geschäftsführer gematik

nur der Arzt kann Patienten von diesem Produkt überzeugen. Also müssen wir zunächst die Ärzte vom Nutzen der elektronischen Patientenakte (ePA) überzeugen. Sie müssen sich eingeladen fühlen, damit zu arbeiten. Deshalb führen wir momentan viele Gespräche mit Ärzten. Die Ergebnisse arbeiten wir in die Konzepte ein, um die Praxistauglichkeit der ePA zu stärken und Features einzubauen, die von den Nutzern nachgefragt werden.

Wo sehen Sie die gematik im Prozess der Digitalisierung im Gesundheitswesen insgesamt?

Die gematik entwickelt sich hin zu einem Kompetenzzentrum des digitalen Gesundheitswesens auf nationaler und europäischer Ebene. Wir wissen, dass wir nicht als Einzige Produkte anbieten, durch die die Bürger die Digitalisierung des Gesundheitswesens erleben. Wir laden nicht nur die Projekte zu uns ein, wir fahren auch zu ihnen hin. Denn es gibt immer mehr Stimmen, die sagen: Wir haben Pilotprojekte und Initiativen, aber Deutschland kann nur überzeugend in die Digitalisierung wandern, wenn es eine nationale Ebene erreicht. Da ist die gematik gefragt. Wir sind diejenigen, die die technischen Standards für ein digitales Gesundheitswesen festlegen und entscheiden, wer am Markt teilnehmen darf. Wir behalten den Betrieb der TI im Auge und überprüfen, ob er entsprechend dem Anspruch der gematik auch läuft. Damit schaffen wir eine Infrastruktur, die alle Beteiligten benötigen, um irgendwann auch international vernetzt zu sein. Das macht uns zu einem entscheidenden Akteur für die umfassende Digitalisierung des Gesundheitswesens.



STUDIE FUTURE OF HEALTH 2019

Eine Branche digitalisiert sich

Dass sich die Gesundheitsbranche durch die Digitalisierung massiv verändern wird, ist unumstritten. Aber wie schnell wird es gehen? Die Roland Berger GmbH wollte wissen, wie Experten aus aller Welt die Entwicklung einschätzen und hat 400 Akteure des Gesundheitswesens nach ihren Prognosen für 2025 befragt. Zu den Befragten gehörten Verantwortliche aus Kliniken, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, der Pharmaindustrie und Medizintechnik sowie Ärzte und Patienten. Der Großteil der Befragten kam aus Europa (40 Prozent aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, 40 Prozent aus weiteren europäischen Ländern). Die zentralen Ergebnisse:

Technologien treiben Entwicklung voran

Technologie ist der wichtigste Disruptionsfaktor im Gesundheitswesen, hier erwarten die Teilnehmer der Befragung die größten Veränderungen. Neben dem steigenden Technologieanteil innerhalb des Gesundheitswesens, der vor allem in den USA und China mit großer Dynamik voranschreitet, spielt die künstliche Intelligenz (KI) eine entscheidende Rolle. Ihr größtes Anwendungspotenzial sehen die Experten in den Bereichen digitale Überwachung, Prävention sowie KI-unterstützte Diagnostik. KI wird bis zum Jahr 2025 auch auf Therapieentscheidungen und -durchführungen großen Einfluss haben, allerdings wird dieser nicht ganz so stark ausgeprägt sein wie bei der Diagnostik.

Auch die personalisierte Medizin wird die medizinische Versorgung – unterstützt durch neue digitale Technologien – stark prägen. So gehen die Fachleute davon aus, dass im Jahr 2025 schon in 30 Prozent der Fälle individualisierte Therapien zum Einsatz kommen.

Akteure und ihre Rollen verändern sich

Die Mehrzahl der befragten Experten glaubt, dass große Tech-Konzerne wie Amazon, Apple, Google und Co. im Jahr 2025 integraler Bestandteil des Gesundheitssystems sein werden – so wie heute Krankenversicherungen. Krankenversicherungen wiederum werden ihre Versicherten in Zukunft viel stärker als heute steuern – etwa im Hinblick auf die Nutzung bevorzugter Anbieternetzwerke für Diagnosen und Therapien. Fast 80 Prozent der Experten gehen davon aus, dass dies bereits 2025 der Fall sein

wird. Knapp jeder zweite Befragte rechnet damit, dass die Versicherten die angebotenen digitalen Diagnosen und Therapieunterstützungen auch nutzen.

Auch niedergelassene Ärzte stehen vor einem großen Veränderungsdruck. Krankenhäuser und weltweite Telemedizinanbieter drängen in den ambulanten Bereich, wie 41 Prozent bzw. 61 Prozent der Experten erwarten. Gleichzeitig schätzen sie, dass bis zum Jahr 2025 20 Prozent der ärztlichen Leistungen durch KI ersetzt werden.

Für die Pharmaindustrie ist die Digitalisierung mit einer noch stärkeren Beweislast verbunden. So erwarten 40 Prozent der Befragten, dass die Wirkung von Medikamenten in großem oder sehr großem Umfang mithilfe von KI überwacht wird und dass Medikamentenpreise künftig stark oder sehr stark von der tatsächlich gemessenen Wirksamkeit abhängen werden.

Datenaustausch wächst, Plattformen etablieren sich

Sieben von zehn Teilnehmern der Befragung erwarten, dass Patienten ihrer Versicherung ihre Gesundheitsdaten zur Verfügung stellen werden. Krankenversicherungen können dies beispielsweise mit vergünstigten Tarifen honorieren. Sechs von zehn Befragten rechnen außerdem damit, dass Patienten dabei die volle Hoheit über ihre Gesundheitsdaten behalten. 65 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass die verschiedenen Marktteilnehmer ihre IT-Systeme angleichen und damit die Grundlage für einen stärkeren Datenaustausch auf entsprechenden Plattformen schaffen. ■

www.rolandberger.com/de/Publications

BIBLIOTHEK

KOMMENTAR

Grundlagen der Verwaltungsgerichtsbarkeit

Der erfolgreiche Handkommentar gibt zuverlässige und wissenschaftlich genaue Antworten auf alle verwaltungsprozessualen Fragen. Er ist eng mit dem Parallelwerk Kopp/Ramsauer, Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) abgestimmt. Auf die Entwicklungen des europäischen Gemeinschaftsrechts wird in den Erläuterungen ein besonderes Augenmerk gelegt. Neue Rechtsprechung und Literatur zum Verwaltungsprozessrecht wird verständlich und prägnant eingearbeitet.



Prof. Dr. Ferdinand O. Kopp (†),
Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Schenke
(Hg.)

**VwGO - Verwaltungsgerichts-
ordnung - Kommentar**

25. Auflage 2019, XXX,
2.073 S., € 65

Verlag C. H. Beck, München

ÜBERSICHT

Rechte und Pflichten im Arbeitsleben

Fachleute aus Ministerien und Behörden geben einen fundierten und verständlich geschriebenen Überblick über die folgenden Themenbereiche: Arbeitsvertragsrecht, kollektives Arbeitsrecht, sozialer, technischer und medizinischer Arbeitsschutz sowie die Arbeitsgerichtsbarkeit. Jedes der acht Kapitel beginnt mit einer kurzen Zusammenfassung, die den Einstieg in das jeweilige Themengebiet erleichtert. Die Neuauflage enthält unter anderem die Sonderregelungen zur Befristung des Arbeitsvertrages mit Langzeitarbeitslosen und die Anhebung des gesetzlichen Mindestlohns und die neuen Branchenmindestlöhne.



Bundesministerium für Arbeit
und Soziales (Hg.)

**Übersicht über das Arbeits-
recht/Arbeitsschutzrecht
2019/2020**

13. Auflage 2019, XXVIII,
1.060 S. + CD-ROM, € 48

BW Bildung und Wissen Verlag
und Software GmbH, Nürnberg

LEITFADEN

Systematischer Einblick in das SGB II

Der Leitfaden zum Grundsicherungsrecht reagiert mit einer in allen Bereichen aktualisierten Neuauflage und bietet einen systematischen Einblick in das Recht der Grundsicherung nach dem SGB II unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Ob es um die Zusammensetzung des Regelsatzes, die neuen Berechnungsgrößen oder die zum Teil neuen Voraussetzungen für Leistungsansprüche geht – der Leitfaden erläutert detailliert, wie sich diese Neuregelungen in der praktischen Umsetzung auswirken und ob die Vorgaben durch das Bundessozialgericht wie das Bundesverfassungsgericht eingehalten wurden.



Begründet von Dr. Heribert
Renn und Dietrich Schoch,
fortgeführt von Prof. Dr. Jens
Löcher und Prof. Dr. Carsten
Wendtland

**Grundsicherung für Arbeits-
uchende - SGB II. Das Sozialleis-
tungsrecht für erwerbsfähige
leistungsberechtigte Personen**

4. Auflage 2018, 255 S., € 39
Nomos Verlagsgesellschaft,
Baden-Baden

Schutz der Sozialdaten

Der Kommentar enthält alle das Verwaltungsverfahren und den Schutz der Sozialdaten betreffenden Gesetze sowie Rechtsprechung und Literatur auf aktuellem Rechtsstand. Zudem kommentiert er die wesentlichen Grundlagen für die Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten. Zeitnah werden regelmäßig alle aktuellen gesetzlichen Änderungen berücksichtigt.

Prof. Dr. Peter Becker (Hg.)

**SGB X - Verwaltungsverfahren, Schutz der
Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger
und ihre Beziehungen zu Dritten**

2. Lfg., 04/2019, € 59,60; 3. Lfg., 06/2019,
€ 64. Gesamtwerk 3.996 S. in drei Ordnern, € 154

Erich Schmidt Verlag, Berlin

Rund um die Notfallversorgung

Bei einem Notfall kommt es auf schnelle Hilfe, reibungslose Organisation und ein optimales Qualitätsmanagement an. Das Handbuch gibt zuverlässige Informationen über die einschlägigen Vorschriften im Bundes- und Landesrecht, Beförderungsentgelte, die Organisationsstruktur und grundlegende einschlägige Entscheidungen.

Werner Gerlach

Krankentransport und Rettungsdienst

2. Lfg., 05/2019, € 58,20; 3. Lfg., 07/2019,
€ 53,40. Gesamtwerk 4.621 S. in drei Ordnern, € 157

Erich Schmidt Verlag, Berlin

Kommentar zur Arbeitsförderung

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt von 2012 wurde das SGB III grundlegend überarbeitet. Dezentrale Entscheidungskompetenzen wurden gestärkt und das Instrumentarium der aktiven Arbeitsförderung flexibilisiert. Die komplette Neuauflage des Kommentars bietet viele lösungsorientierte Hinweise zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung.

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)

SGB III - Arbeitsförderung

2. Auflage, 3. Lfg., 05/2019, € 60; 4. Lfg., 09/2019,
€ 63,20; 5. Lfg., 10/2019. Gesamtwerk 4.876 S.
in drei Ordnern, € 254

Erich Schmidt Verlag, Berlin



PLÄDOYER

Menschennahe Medizin

Die bedrohlichste Entwicklung sieht die Autorin darin, dass Ökonomen und Politiker das Gesundheitssystem auf Effizienz trimmen – auf der Strecke bleiben die Patienten. Gute Medizin ist mehr als technologischer Fortschritt und hochkomplexe Maschinen. Sie benötigt Zeit, in der der Körper seine Selbstheilungskräfte aktivieren kann. Victoria Sweet berichtet von unvergesslichen Erfahrungen mit Patienten, Ärzten und Krankenpflegern, dank derer sie das Konzept der „Slow Medicine“ entdeckte. Slow Medicine führt „schnelle“ und „langsame“ Medizin zu einem wahrhaft effektiven, effizienten, nachhaltigen und menschlichen Weg der Heilung zusammen.



Dr. med. Victoria Sweet
Slow Medicine – Medizin mit Seele. Die verlorene Kunst des Heilens
 2019, 384 S., €24
 Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau

HANDBUCH

Neues zum Beschäftigtendatenschutz

Seit dem 25. Mai 2018 gilt in ganz Europa ein neues Datenschutzrecht. Betriebs- und Personalräte stehen vor der Aufgabe, ihre Betriebs- und Dienstvereinbarungen daran anzupassen. Welche konkreten Fragen wirft das neue Recht in der Praxis auf? Mit welchen Schwierigkeiten haben Interessenvertretungen zu kämpfen? Was sagt die Rechtsprechung? Der Autor erläutert die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verständlich, damit auch Nicht-Spezialisten wissen, worauf sie zu achten haben. Wichtiges Thema unter anderem: Hat der Betriebsrat die Pflichten einer verantwortlichen Stelle? Muss er einen eigenen Datenschutzbeauftragten stellen? Haftet er bei Fehlern auf Schadensersatz?



Wolfgang Däubler
Gläserne Belegschaften – Das Handbuch zum Beschäftigtendatenschutz
 8. Auflage 2019, 717 S., €59,90
 Bund-Verlag, Frankfurt am Main

KOMMENTAR

Wegweiser durch das Sozialrecht

Soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit stellen die sozialen „Grundrechte“ des Sozialrechts dar. Die 5. Auflage des Berliner Kommentars zum SGB I, des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches, bietet in bewährter Systematik und umfassender Überarbeitung fundierte und praxisnahe Erläuterungen unter Berücksichtigung der umfangreichen Rechtsprechung, insbesondere des BSG, BVerwG und BVerfG sowie der Literatur. Sie liefert wichtige Auslegungs- und Argumentationshilfen, Hintergrundinformationen und vieles mehr. Damit ist der Kommentar ein aktueller Wegweiser durch das Dickicht des Sozialrechts.



Werner Lilge und Dr. Stephan Gutzler
SGB I – Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil – Kommentar
 5. Auflage 2019, XXXIX, 1.569 S., €128
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

Materialsammlung zur Krankenversicherung

Das SGB KV bietet die für die Ausbildung abgestimmten Gesetze auf dem jeweils neuesten Rechtsstand sowie ausgewählte Verordnungen und Rundschreiben. Redaktionelle Anmerkungen erleichtern die Lösung fachlich anspruchsvoller Aufgaben. Berücksichtigt werden vorzugsweise die für den Sozialversicherungsfachangestellten interessanten Fragestellungen.

SGB – KV
 65. Lfg., 07/2019. Gesamtwerk in zwei Ordnern, €149
 CW Haarfeld GmbH, Hürth

Gebühren- und Vertragsrecht Ärzte

In der Abrechnungsprüfung oder anderen Fragen im Kontakt zwischen Ärzten und Sozialversicherungsträgern sind die benötigten Informationen breit gefächert. Im ÄGUV sind alle relevanten Grundlagen schnell zur Hand. Ob GOÄ, Gesetze zum Berufsrecht der Ärzte oder Vertragswesen zwischen Ärzten und Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften – auf alle Fragen kennt das ÄGUV die Antwort.

Karl-Heinz Andro, Norbert Fischer
ÄGUV
 199. Lfg., 06/2019. Gesamtwerk in zwei Ordnern, €189
 CW Haarfeld GmbH, Hürth

Betäubungsmittelrechtliche Rechtsprechung

Im Mittelpunkt des Werkes stehen die Kommentierung des Betäubungsmittelgesetzes und Erläuterungen zu weiteren betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften wie dem Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und der Betäubungsmittel-Binnen- und Außenhandelsverordnung. Es enthält zudem Dokumente zu internationalen Übereinkommen, eine Kommentierung des Gesetzes zur Bekämpfung von Doping im Sport sowie Erläuterungen zu weiteren internationalen Doping-Vorschriften.

Peter Cremer-Schaeffer, Annette Rohr, Karl-Rudolf Winkler
Deutsches Betäubungsmittelrecht – Kommentar
 18. Lfg., 03/2019, €89,90. Gesamtwerk 2.215 S. in zwei Ringordnern, €98
 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

RATGEBER

Aufgaben, Rechte und Pflichten

Die Broschüre informiert über die rechtlichen Voraussetzungen einer Betreuung, die verschiedenen Aufgabenfelder eines Betreuers, dessen Rechte und Pflichten sowie über Vergütung, Kosten und vieles mehr. Zahlreiche Beispielfälle und Formulierungsmuster erleichtern den Zugang gerade für den Nichtjuristen. Behandelt werden Themen wie: Definition von Betreuung, Rechte und Pflichten des Betreuers sowie des Betreuten, Tod des Betreuten, Muster einer Betreuungsverfügung.



Prof. Dr. Walter Zimmermann,
Bayerisches Staatsministerium
der Justiz (Hg.)
**Meine Rechte als Betreuer
und Betreuter**
4. Auflage 2019, 55 S., €5,90
Verlag C. H. Beck, München

KONZEPT

Pflege-Selbsthilfe-Lösungsansatz

Immer weniger Menschen können im Alter auf die Hilfe der Familie bauen. Mit Care Sharing ist ein Selbsthilfe-Lösungsansatz entstanden, der mit Hilfe neuer Technologien die Angehörigenpflege revolutionieren könnte: Care Sharing ermöglicht über Plattformen und datengestützte Automatismen die Bildung von analogen Helfer-Netzwerken, die souverän agieren und sich autonom entwickeln können. In ihnen können sich die Betroffenen untereinander vernetzen. So können sorgende Gemeinschaften entstehen, die einspringen, wenn keine Familie mehr zur Verfügung steht. Dieses Buch beschreibt die Grundlagen von Care Sharing.



Gerhard Habicht
**Care Sharing – Von der
Angehörigenpflege zur
Selbsthilfe in sorgenden
Gemeinschaften**
2018, XVII, 363 S., inkl. E-Book,
€19,99
Springer Fachmedien
Wiesbaden GmbH

URSACHENFORSCHUNG

Schnarchen und Schlafapnoe

Wenn die Kehle im Schlaf vibriert, kann es so laut werden wie auf der Autobahn. Nacht für Nacht werden Partnerschaften Stück für Stück zersägt, flüchten Hunderttausende Gequälte aus dem gemeinsamen Schlafgemach. Doch Schnarchen ist auch ein medizinisches Problem: Das Schlafapnoe-Syndrom zerstört den erholsamen Schlaf, raubt Lebenszeit und Gesundheit. Peter Spork macht sich auf Ursachensuche. Er geht Schnarchen und Schlafapnoe auf den Grund und gibt aufschlussreich und amüsant Antworten auf die wichtigsten Fragen: Wie stelle ich mein Schnarchen ab? Wie hoch ist mein persönliches Risiko? Wann muss ich zum Arzt? Was sind die besten Gegenmittel?



Dr. Peter Spork
**Das Schnarchbuch –
Ursachen, Risiken, Gegenmittel
bei Schnarchen und Schlafapnoe**
2019, 188 S., €14,95
Mabuse-Verlag, Frankfurt am
Main

Rechte behinderter Menschen

Das Sozialgesetzbuch IX hat die Situation behinderter Menschen wesentlich erleichtert. Die vom Gesetzgeber seitdem mehrfach ergänzten und geänderten Vorschriften werden von kompetenten Autoren aus dem Bereich Rechtsprechung und Verwaltung fundiert und praxisorientiert kommentiert. Das Werk erleichtert das Verständnis der Vorschriften und bietet verlässliche Hilfe für ihre Anwendung.

Dr. Dagmar Oppermann (Hg.)
**SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe
behinderter Menschen**
41. Lfg., 05/2019, €56,80; 42. Lfg., 07/2019,
€56,60. Gesamtwerk 4.602 S. in drei Ordnern,
€108
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Aufsichtsrechtliche Vorschriften

Dieses Standardwerk zum Aufsichtsrecht gibt einen umfassenden und inhaltlich fundierten Einblick in die Aufgaben und Tätigkeiten der Aufsichts- und Mitwirkungsbehörden der Sozialversicherungsträger sowie ihrer Verbände – auf Bundes- und Landesebene. Zudem dient es der größeren Transparenz der staatlichen Aufsicht und ihrer Prüfdienste, ihrer rechtlichen Grundlagen und ihrer Alltagspraxis.

Dr. Fred Schneider
**Aufsicht in der Sozialversicherung –
Ergänzbare Handbuch für die Praxis**
32. Lfg., 08/2019, €39,80; 33. Lfg., 09/2019,
€38,80. Gesamtwerk 724 S. in einem Ordner, €62
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Selbstverwaltungspraxis

Dieser Kommentar bietet die Möglichkeit, sich schnell und zugleich wissenschaftlichen Ansprüchen genügend einen Überblick über die Struktur des Selbstverwaltungsrechts der Sozialversicherung zu verschaffen. Er erläutert unter anderem die Aufgaben des Vorstandes und des Verwaltungsrates in der Krankenversicherung sowie die Spielräume der Selbstverwaltung.

Clemens Becher und Frank Plate
Selbstverwaltungsrecht der Sozialversicherung
30. Lfg., 10/2019, €48,80.
Gesamtwerk 915 S. in einem Ordner, €74
Erich Schmidt Verlag, Berlin



PARAGRAF 175

Mehr Entschädigungsmöglichkeiten für strafrechtlich verfolgte Homosexuelle



Menschen, die in Deutschland wegen einvernehmlicher homosexueller Handlungen strafrechtlich verfolgt wurden, können beim Bundesamt für Justiz (BfJ) mehr Entschädigungsmöglichkeiten in

Anspruch nehmen als bisher. Dies regelt eine neue Richtlinie des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), die am 13. März 2019 in Kraft getreten ist.

Nach dem Gesetz zur strafrechtlichen Rehabilitation der nach dem 8. Mai 1945 wegen einvernehmlicher homosexueller Handlungen verurteilten Personen (StrRehaHomG) musste bislang eine rechtskräftige Verurteilung und gegebenenfalls eine erlittene Freiheitsentziehung aufgrund §§ 175, 175a StGB oder § 151 StGB-DDR nachgewiesen werden. Somit konnten Personen, deren Verfahren mit Freispruch endete oder durch Einstellung beendet wurde, nicht entschädigt werden.

Das ändert sich mit der neuen Richtlinie. Sie berücksichtigt, dass bereits die Strafverfolgung wegen einvernehmlicher homosexueller Handlungen aus heutiger Sicht als unvereinbar mit dem freiheitlichen Menschenbild des Grundgesetzes zu bewerten ist. Insbesondere die Untersuchungshaft griff massiv in die Grundrechte der Betroffenen ein.

Die Richtlinie sowie alle Informationen zur Entschädigung und ihrer Beantragung sind im Internet zu finden. Das BfJ bietet zudem eine telefonische Beratung zum Thema unter der Rufnummer 0228 99 410-40 an. *pm*
www.bundesjustizamt.de/rehabilitation

ZUKUNFT PRÄVENTION

Gesundheitsförderung und Prävention als gelebte Wirklichkeit

Was macht gesundheitsförderliche Lebenswelten nach heutigem Kenntnisstand aus? Welche neuen Erkenntnisse liefert der Ende Juni 2019 veröffentlichte Präventionsbericht? Wie lautet unsere Zukunftsvision von Gesundheit? Darüber diskutierten am 13. November 2019 rund 250 Fachleute aus Politik und Gesundheitswesen auf dem Kongress „Zukunft Prävention – Vision oder gelebte Wirklichkeit?“. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der Kneipp-Bund e. V. und der Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland e. V. (DAMid) führten die Tagung gemeinsam in Berlin durch.



„In der modernen Gesundheitsversorgung nehmen Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Stellenwert ein. Steigende Lebenserwartung, eine veränderte Altersstruktur und zunehmende Multimorbidität sind Faktoren, die sich auch auf das Gesundheitssystem auswirken. Maßnahmen, die die Förderung von Gesundheit und eine mögliche Vermeidung von Krankheit in den Fokus rücken, sind deshalb von besonderer Relevanz. Wir werden auch weiterhin in Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung investieren“, so Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. „Mit unserem hohen Engagement bei bundes- und landesbezogenen Präventionsprojekten sowie gemeinsamen Gesundheitsförderungsstrategien nehmen wir die Bedarfe der Versicherten in den Blick und finden als Ersatzkassensystem Lösungen, wo sie gebraucht werden. Prävention und Gesundheitsförderung gehören für uns zur gelebten Wirklichkeit eines modernen Gesundheitssystems.“ *pm*

ROBERT KOCH-INSTITUT

400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen pro Jahr

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat zusammen mit Partnern aus Berlin und Stockholm eine aktuelle Schätzung zur Krankheitslast durch im Krankenhaus erworbene (nosokomiale) Infektionen vorgelegt. Die Studie entstand in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten und dem Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Die Ergebnisse sind in der Fachzeitschrift Eurosurveillance (46/2019) erschienen.

Die in der neuen Studie geschätzte Zahl der nosokomialen Infektionen in Deutschland liegt bei 400.000 bis 600.000 pro Jahr und damit im Bereich vorheriger Hochrechnungen. Die Zahl der Todesfälle kann durch die weiterentwickelte Methodik verlässlicher erfasst werden und liegt jetzt bei 10.000 bis 20.000. Eine frühere Schätzung hatte 10.000 bis 15.000 Todesfälle pro Jahr ergeben. Generell sind Todesfälle durch nosokomiale Infektionen schwer zu bestimmen, insbesondere weil viele Betroffene an schweren Grundkrankheiten leiden, die bereits ohne Krankenhausinfektion häufig zum Tod führen.

Erstmals wurde für Deutschland auch die Krankheitslast in sogenannten Disability-Adjusted Life-Years (DALY) berechnet. DALY sind die durch Krankheit und Tod verlorenen Lebensjahre. Damit lässt sich der Schaden für die Gesundheit der Bevölkerung (Public Health) besser abbilden und mit anderen Krankheiten vergleichen. Die durch Krankheit und Tod verlorenen Lebensjahre durch nosokomiale Infektionen liegen in Deutschland bei knapp 250.000 pro Jahr (309 pro 100.000 Einwohner). *pm*

www.rki.de

> Seite 24



STECKBRIEF

Markus Leyck Dieken

Alter druckfrisch 55 Wohnort Berlin

Tätigkeit Geschäftsführer gematik

Ausbildung Arzt, Internist, Notfallmediziner

Hobbys Klassische Literatur und Musik

Liebblingsgericht Frikadellen mit Kartoffelpüree

Gesundheit bedeutet für Sie...

... mich in meinem Körper wohl zu fühlen.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Das innere Kind nie vergessen und auch stille tiefe Momente einlegen, um danach umso mehr Zuwendung schenken zu können.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Ich liebe alles Essbare aus Kinderzeiten ... Drogen hingegen lassen mich völlig kalt.

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Gegen meine eigenen Fehler und verlorene Zeit in langen Sitzungen.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Die bislang noch freie Wahl bei Arzt, Therapeut, Klinik und Apotheker. In keinem großen Land hat man selbst ein komplexes Medikament durch die Logistik-Artistik am selben Tag. Das ist in vielen Ländern bei Weitem nicht so.

Als Versicherter wünschen Sie sich...

... dass im Falle einer schweren Erkrankung weit-aus mehr für mich Relevantes aus der Fülle täglich neuer Forschungsergebnisse zu mir gebracht wird – in Prävention und Behandlung.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Auf Manöver, die inhaltlich ohne Substanz sind und dennoch den Laden aufhalten.

Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Armstrong an dem ersten Tag auf dem Mond und zur schönen blauen Kugel rüberschauen.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Immer Erlebnis-orientiert sein Leben mit dem besten Menschen auf der Welt gemeinsam führen.



Sternstunden

Herrlich! Jetzt ist es wieder so weit: Endlose, dunkle Nächte. Denn im Dezember wird Deutschland bis zu zwölf Stunden in tiefes Nachtschwarz gehüllt. Zu fantastisch früher Stunde weicht das störende Sonnenlicht endlich und gibt den Blick in die Dunkelheit frei. Bedauerlicherweise wird mit der Wintersonnenwende am 22. Dezember schon wieder die Trendwende eingeläutet, die Nächte verkürzen sich und die kostbaren nachtschwarzen Stunden nehmen jeden Tag wieder ein bisschen ab. Deswegen heißt es jetzt: Schnell noch die guten Momente nutzen und nichts wie ab nach draußen, um den Blick in den nächtlichen Himmel schweifen zu lassen.

Der Dezember ist der Monat der Sternbilder. So können Sie in einer langen Winternacht beispielsweise alle Sternzeichen des Tierkreises (außer Skorpion und Schütze) bewundern. Sie wandern im Verlauf der Nacht über den Himmel gen Westen. Den Anfang machen Steinbock und Wassermann. Es folgen – so gegen 20 Uhr – Fische, Widder, Stier und Zwillinge. Später kommen Krebs, Löwe und Jungfrau. Das Schlusslicht im doppelten Wortsinne bildet dann kurz vor der Morgendämmerung die Waage.

Das Faszinierende an der dunklen Jahreszeit: Am Winterhimmel sind viel mehr Sternbilder zu sehen als im Sommer. Zum einen, weil es dunkel genug ist, dass auch solche Bilder hervortreten, die im Sommer überstahlt werden. Zum anderen, weil die Nacht so lang dauert, dass größere Bereiche des Himmelszelts in der Dunkelheit über uns hinweg ziehen. Eröffnet wird das funkelnde Spektakel übrigens von den Planeten. Auch sie lassen sich im Winter besonders gut beobachten. Sie durchkreisen auf ihren Runden um die Sonne herum viele Sternbilder und stehen jede Nacht etwas anders am Firmament. Dabei sind sie besonders gut auszumachen, da sie näher bei der Erde sind und somit heller strahlen. Los geht es mit Venus und Saturn, es folgen Neptun und Uranus. Gegen Morgen dann tauchen Mars und Merkur auf. Nur Jupiter ist als einziger Planet nicht zu sehen, weil er sich gerade auf der anderen Seite der Sonne aufhält.

Falls Sie sich etwas Orientierung bei dem riesigen Himmelszelt wünschen, gibt es übrigens sicher auch in Ihrer Nähe eine Sternwarte, die angeleitete Besichtigungen der Sternbilder anbietet.

Schöne Sternstunden wünscht
Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

Das Magazin des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek), vormals „Die Ersatzkasse“, erstmals erschienen 1916.

Herausgeber

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende
des vdek, v.i.S.d.P.)

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried
(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

Redaktion

Annette Kessen, Raffaele Nostitz,
Nicole Janke

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 030/2 69 31-12 05
Fax 030/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
www.vdek.com/magazin
@vdek_Presse

Layout

ressourcenmangel Hamburg GmbH
Lange Reihe 29 | 20099 Hamburg
www.ressourcenmangel.de

Repro und Druck

Eversfrank Berlin GmbH
Ballinstraße 15 | 12359 Berlin
www.eversfrank.com

Erscheinungsdatum

Dezember 2019 / 99. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint sechs Mal im Jahr.

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Redaktion. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Mailboxen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen der Herausgeber und die Redaktion keine Haftung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder.

Mitgliedskassen

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 28 Millionen Menschen in Deutschland krankenversichern.



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
Tel.: 040-69 09-17 83
Fax: 040-69 09-13 53
pressestelle@tk.de
www.tk.de
@DieTechniker



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
Tel.: 040-23 96-0
Fax: 040-23 96-26 75
service@dak.de
www.dak.de
@DAKGesundheit



hkk – Handelskrankenkasse

Martinstraße 26
28195 Bremen
Tel.: 0421-36 55-0
Fax: 0421-36 55-37 00
info@hkk.de
www.hkk.de



BARMER

Postfach 11 07 04
10837 Berlin
Tel.: 0800-333 1010
Fax: 0800-333 0090
service@barmer.de
www.barmer.de
@BARMER_Presse



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Tel.: 0511-28 02-0
Fax: 0511-28 02-99 99
service@kkh.de
www.kkh.de
@KKH_Aktuell



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 0800-0213213
Fax: 040-656 96-1237
kontakt@hek.de
www.hek.de
@HEKonline



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Redaktion *ersatzkasse magazin*.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel 030/26931-1206

Fax 030/26931-2900

www.vdek.com/magazin

[@vdek_Presse](https://twitter.com/vdek_Presse)